



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

**Einstellungen zu Suizid, Religiosität und Health Beliefs:
Ein interkultureller Vergleich zwischen ÖsterreicherInnen,
PolInnen und polnischen ImmigrantInnen.**

Verfasserin

Karin Kadluczka

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Assistenzprof. Privatdoz. MMag. DDDr. Martin Voracek

Danksagung

Ich bedanke mich recht herzlich bei meinem Lebensgefährten Thomas Glaser, der mir in guten als auch in schlechten Zeiten ein treuer Freund und mir bei allen erlebten Tiefen ein Rückgrat war.

Bei meinem Vater bedanke ich mich dafür, dass er immer an mich geglaubt hat.

Für die Übersetzung der Fragebögen, danke ich Ewa Jaskiewicz, Mag. Karin Glaser, Mag. David Baldinger und Mag. Claudia Ziegler.

Ein großes Dankeschön auch an alle UntersuchungsteilnehmerInnen für die Hilfe und das Interesse an meinem Diplomarbeitsthema. Ein Danke gilt auch den vielen polnischen Geschäften in Wien, die sich bereit erklärt hatten die Fragebögen auch an Kunden weiterzugeben.

Danke auch an meinen Betreuer Assistenzprof. Martin Voracek, für die Verwirklichung dieser Diplomarbeit, für die wertvollen Tipps und für die schnelle Beantwortung meiner Fragen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	9
Einleitung	11
Theoretischer Hintergrund	13
1.1. Suizidraten der ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen	15
1.1.1. Suizidraten der ÖsterreicherInnen	15
1.1.2. Suizidraten der PolInnen	15
1.1.3. Suizidraten der polnischen ImmigrantInnen	16
1.2. Bevölkerungsdichte der in Österreich lebenden polnischen ImmigrantInnen	16
1.3. Religion und Suizidalität	16
1.3.1. Religion in Österreich und in Polen	16
1.3.2. Einfluss von Religion auf Suizidalität	17
1.3.3. Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Suizid oder suizidgefährdeten Personen und Religion	18
1.4. Laientheorien über Ursachen von Suizid	19
1.5. Genetische Einflussfaktoren von Suizid	19
1.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe	20
1.7. Hypothesenformulierung	20
Methoden	25
2.1. Auswahl der Stichprobe	27
2.1.1. Soziodemographische Daten	27
2.1.2. Einschluss- und Ausschlusskriterien der Stichproben	27
2.2. Datenerhebung	27
2.2.1. Ablauf der Datenerhebung	27
2.2.2. Stichprobengröße und Teststärkeanalysen	28
2.3. Erhebungsinstrumente	28
2.3.1. Struktur des Fragebogens	28
2.3.1.1. Meinungen und Einstellungen zu Suizid	29
2.3.1.2. Verhalten gegenüber einem vorgestellten Suizidgefährdeten Freund	30
2.3.1.3. Glaube an die Ursachen von Suizid	30
2.3.1.4. Religiöse und spirituelle Einstellungen	31
2.3.1.5. Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid	31
2.3.1.6. Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen	32
2.3.1.7. Demographische Daten	33
2.3.2. Übersetzung der verwendeten Erhebungsinstrumente	33
2.3.3. Untersuchungsdesign	34

2.4. Auswertung	34
Ergebnisse	37
3.1. Rücklaufquote der Fragebögen	39
3.2. Stichprobengröße	39
3.3. Soziodemographische Daten	39
3.4. Repräsentativität der Stichprobe	40
3.5. Analyse von fehlenden Werten	41
3.6. Reliabilitätsprüfung	41
3.7. Hypothesenprüfung	42
3.7.1. Religiosität der Kulturgruppen	42
3.7.1.1. Religiöse und spirituelle Einstellungen	42
3.7.1.2. Kirchgang	44
3.7.2. Einstellungen zu Suizid	45
3.7.3. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdetem Freund	48
3.7.4. Ursachen für Suizid	51
3.7.5. Glaube an genetische Ursachen von Suizid	52
3.7.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe ...	54
Diskussion	59
4.1. Religiosität der Kulturgruppen	61
4.2. Einstellung zu Suizid und einem suizidgefährdetem Freund gegenüber	62
4.3. Ursachen für Suizid	65
4.4. Glaube an genetische Ursachen von Suizid	66
4.5. Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe	67
4.6. Limitierungen	69
4.7. Möglichkeiten zukünftiger Untersuchungen	70
Zusammenfassung	73
Literaturverzeichnis	75
Eidesstattliche Erklärung	85
Curriculum vitae	87

Abstract

Background Religion is associated with lower suicide rates. The mechanism underlying religion-suicide association is very complex. To better understand this relationship, a stigma hypothesis has been brought forward, which assumes that in cultural contexts wherein suicide is associated with liberal attitudes, individuals may easily conceive of the idea of self killing. Conversely, suicidal individuals facing rejecting social attitudes do not obtain the help they cry for.

Purpose This cross-cultural study investigated attitudes towards suicide and reactions to suicidal individuals, lay theories of suicide, beliefs in inheritance of risk factors for suicide, and attitudes towards seeking professional help.

Method A questionnaire was used to collect data in a group of Austrians ($n = 158$), Polish migrants ($n = 135$) and Poles ($n = 185$). All of them were over 50 years old.

Results Austrians had more liberal attitudes towards suicide, whereas those of Polish migrants were more rejecting. Conversely, attitudes of Polish migrants toward a suicidal friend were more accepting than those of Austrians. Poles showed rejecting attitudes towards suicide and rejecting attitudes towards a suicidal friend. There were significant differences in the lay theories of suicide between the three groups. Polish migrants and Poles scored lower on the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors Suicide Scale. Analyses indicated that positive attitudes towards seeking professional psychological help were similar for Austrian people and Polish migrants. Polish had the lowest scores. Although religion was not a significant predictor for a positive psychological help seeking behavior, education was a significant predictor in the Austrian group, sex and education in the Polish group.

Conclusion The stigma hypothesis could be confirmed for Austrians and for Polish immigrants, but not for the Polish group. Possible reasons and implications for future research are discussed.

Einleitung

Die Suizidraten in Österreich und Polen unterscheiden sich kaum voneinander.

Während in Österreich ein erheblicher Anstieg von Suiziden in der Altersklasse der über 75 Jährigen zu verzeichnen ist (World Health Organisation, 2006), tritt in Polen gegensätzlich ab dem 54. Lebensjahr eine Stagnation der Suizidraten zum Vorschein (WHO, 2008). Es wird vermutet, dass basierend auf der Stigma Hypothese (Eskin, 1992), Personen die eine Suizidgefährdung aufweisen – in Gesellschaften mit liberalen Einstellungen zu Suizid – nicht die nötige Hilfe bekommen um sie vor Suizid zu bewahren.

Religiosität scheint dabei zwei Schutzfunktionen zu haben. Einerseits, dass durch lebenserhaltende religiöse Überzeugungen die Akzeptanz zum Suizid verringert wird und andererseits, dass Religiosität zwischenmenschliche Bindungen stärkt und die Ablehnung von suizidgefährdeten Personen verringert.

Um einen Überblick über die kulturspezifischen Laientheorien der Verursachung von Suizid zu erhalten, werden Theorien über Ursachen von Suizid als auch der Glaube an genetische Faktoren von Suizid erhoben. Zusätzlich zur Stützung vom sozialen Umfeld wird die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen untersucht. Dabei soll die Rolle verschiedener Variablen wie Geschlecht, Alter, Bildung und Religiosität in Hinblick auf die Bereitschaft der Inanspruchnahme professionelle psychologische Hilfe erforscht werden.

Theoretischer Hintergrund

1.1. Suizidraten der ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnischen ImmigrantInnen

1.1.1. Suizidraten der ÖsterreicherInnen

In Österreich sanken die Suizidzahlen in den vergangenen Jahren kontinuierlich. Im Jahr 1980 lag die Anzahl der Suizide bei 1.932 Fällen, das entsprach 24 pro 100.000 EinwohnerInnen. Bis zum Jahr 2010 sank diese Anzahl auf 1.261 Menschen – 15.1 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen – an. In Summe begehen jährlich mehr Männer Suizid als Frauen (Statistik Austria, 2012).

Bei näherer Betrachtung der Suizidzahlen – in Abhängigkeit vom Alter – sind erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Ländern zu erkennen. Die Suizidzahlen in Österreich waren zwar im Allgemeinen geringer, steigen aber durchschnittlich ab dem Alter von 65 Jahren wieder an. Bei Männern konnte ein massiv höherer Anstieg der Suizidfälle verzeichnet werden, als bei Frauen. Im Jahr 2008 lag die Suizidrate der Männer – im Alter von 55 bis 64 Jahren – bei 27.7 pro 100.000 EinwohnerInnen. Bei den Frauen betrug die Rate 8.3 pro 100.000 EinwohnerInnen, das waren mehr als zwei Drittel weniger. Bei Männern im Alter von 65 bis 74 betrug die Suizidrate 41.8, bei Frauen 9.8 pro 100.000 EinwohnerInnen. Bei Männern ab dem 75. Lebensjahr stieg die Suizidrate auf 86.4 und bei Frauen auf 16.7 pro 100.000 EinwohnerInnen (World Health Organisation, 2008).

1.1.2. Suizidraten der PolInnen

In Polen zeigte sich ein leichter Anstieg der Suizidzahlen über die letzten Jahre. Betrug die Suizidraten im Jahr 1980 11.2, stiegen sie im Jahr 2006 auf 15.2 pro 100.000 EinwohnerInnen an (WHO, 2006). Bis zum Jahr 2010 lagen die Werte durchschnittlich bei 15.1 pro 100.000 EinwohnerInnen. Auch hier zeigte sich – wie in Österreich – ein ähnliches Bild bei den Geschlechtern. Männer begingen häufiger Suizid als Frauen (Polizeistatistik Polen, 2010).

Die höchsten Suizidraten wurden im Alter von 45 bis 54 Lebensjahren nachgewiesen. Ab dem 55. Lebensjahr konnte ein Absinken der Suizidrate festgestellt werden. Männer und Frauen verzeichneten einen ähnlichen Trend. Beispielsweise lagen die Suizidraten der WHO im Jahre 2006 bei Männern zwischen dem 45. und 54. Lebensjahr bei 46.6 und die der Frauen bei 6.5 pro 100.000 EinwohnerInnen. Bei Männern im Alter von 55 bis 64 Jahren betrug die Suizidrate 32.8 und bei Frauen 6.6 pro 100.000 EinwohnerInnen. Die Suizidrate der Männer ab dem 75. Lebensjahr lag bei 34.4 und bei Frauen 7.2 pro 100.000 EinwohnerInnen (WHO, 2006).

1.1.3. Suizidraten der polnischen ImmigrantInnen

Polnische ImmigrantInnen weisen ähnliche Suizidraten wie die des Heimatlandes Polen auf (Voracek et al., 2009).

1.2. Bevölkerungsdichte der in Österreich lebenden polnischen ImmigrantInnen

Im Jahre 2011 lebten durchschnittlich 1.453 Millionen (17.3%) Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund in Österreich. Davon hatten 60.000 einen polnischen Migrationshintergrund. Einen Migrationshintergrund weisen jene Personen auf, deren Eltern im Ausland geboren sind, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit (Bundesministerium für Inneres, 2011).

1.3. Religion und Suizidalität

1.3.1. Religion in Österreich und in Polen

Obwohl Europa zu dem Land gehört, in dem die Säkularisierung weit fortgeschritten ist, gibt es zwischen einigen Ländern oftmals große Unterschiede. Österreich – als auch Polen – sind vom römisch-katholischen Glauben geprägt. Dennoch hat Polen eine weitaus höhere Kirchengliederung, als auch einen höheren Einfluss der Religion auf die Politik, zu verzeichnen (Pelinka, 2006).

In Österreich gehören circa 64.8% der ÖsterreicherInnen der katholischen Kirche an (Katholische Kirche Österreich, 2010). Umfragen zeigten, dass 9% regelmäßig und 26% gelegentlich in die Kirche gehen (IMAS International Report, 2010). Laut GALLUP Erhebungen im Jahre 2007 (zitiert in Höchtl, 2009) gingen Frauen (16%) häufiger in die Kirche als Männer (12%).

In Polen gehören mehr als 90% der EinwohnerInnen der katholischen Kirche an. Laut Kirchenzählungen gingen seit 1992 relativ konstant über 45% der Katholiken regelmäßig in den Sonntagsgottesdienst. Frauen gehen ihrem Glauben häufiger nach und sind religiöser als Männer (Katholische Kirche in Österreich, 2010). Laut Analysen aus dem Jahr 2007 gaben circa 55.0% der Befragten an, dass sie gläubig sind und sich an die Lehren der Kirche halten. 39.3% sagten, dass sie auf ihre Art und Weise gläubig sind (Polen Analysen, 2007).

1.3.2. Einfluss von Religion auf Suizidalität

Bezugnehmend auf den Suizid gibt es in der Bibel ein Tötungsverbot, das mit dem fünften Gebot „Du sollst nicht töten“ beschrieben wird. Bezüglich des Verbotes der Selbsttötung sind jedoch keine konkreten Aussagen oder Regeln nieder geschrieben. Trotz fehlender Vorschriften über die Selbsttötung sieht es die polnische katholische Kirche als eine große Sünde an, Suizid zu begehen und verweigert Suizidopfern eine kirchliche Bestattung. Die einzige Ausnahme besteht in Form einer psychiatrischen Krankheit, bei der das Opfer des Suizides im Moment der Selbsttötung nicht „Herr seiner eigenen Sinne war“. Für diese Behauptung wird aber immer ein Nachweis verlangt (Glinkowski & Sobczak, 2002). In Österreich ist Suizid kein Hinderungsgrund für eine kirchliche Bestattung (Erzdiözese Wien, 2012).

Stack (2000) fand drei Theorien, die den Zusammenhang zwischen Religiosität und niedrigen Suizidraten erklären. Die Ansätze von Durkheim (1951) und Pescosolido (1990) besagen, dass das Gefühl der Integration und die Vernetzung durch gemeinschaftliche Verbindungen und informelle Beziehungen bei gleicher religiöser Überzeugung gestärkt

werden. Im Ansatz von Stack et al. (1983) wird festgehalten, dass ein starker religiöser Glaube vor Selbstverletzung und somit vor Suizid schützt. Eskin (2004) folgerte aus diesen drei Ansätzen, dass diese lebenserhaltenden religiösen Überzeugungen Personen in Krisenzeiten vor dem Suizid bewahren. Religiöse Werte stärken soziale Bindungen, die sich wiederum förderlich auf zwischenmenschliche Beziehungen innerhalb der Glaubensgemeinschaft auswirken.

Die Abschreckung seitens der polnischen katholischen Kirche, bei Suizid keine kirchliche Bestattung zu genehmigen, als auch die Folgerung von Eskin (2004), dass religiöse Überzeugungen lebenserhaltend und beziehungsfördernd sind, könnten Gründe dafür sein, dass religiöse Personen viel seltener Suizid begehen, als Personen ohne religiöse oder spirituelle Einstellungen.

1.3.3. Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Suizid oder suizidgefährdeten Personen und Religion

Religiosität scheint nicht nur einen wichtigen Einfluss auf geringere Suizidraten und eine geringere Akzeptanz von Suizid zu haben (Neeleman, Halpern, Leon & Lewis, 1997; Stack & Lester, 1991), sondern auch auf die Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund (Eskin, 2004). Eskin (2004) zeigte, dass durch religiöse Erziehung nicht nur die Akzeptanz von Suizid niedriger ist und Suizidgedanken seltener sind, sondern auch, dass gleichzeitig die Akzeptanz zu einem suizidgefährdeten Freund positiv beeinflusst wird. Shneidmann (1998) definiert suizidales Verhalten als die Reaktion einer Person auf einen unerträglichen psychischen Schmerz. Acht von zehn suizidgefährdeten Personen kündigen ihren Suizidversuch vorher direkt oder indirekt an. Personen, die psychische Probleme haben konsultieren oftmals zu allererst Familienmitglieder oder Freunde (Takamura, Oshima, Yoshida, & Motonaga, 2008). Dort wird Hilfe gesucht und Akzeptanz eingefordert. Die Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber variierte zwischen den Kulturen (Eskin, 1995, Eskin, 1999, Eskin et al., 2010). Interkulturelle Studien ergaben, dass

schwedische und österreichische StudentInnen – im Vergleich zu TürkInnen – liberalere Einstellungen zu Suizid aufwiesen, aber im Gegensatz dazu suizidgefährdete Personen weniger akzeptieren. TürkInnen zeigten eine höhere Akzeptanz gegenüber einer suizidgefährdeten Person (Eskin, 1995; Eskin, 1999, Eskin et al., 2010). Diese Ergebnisse unterstützen die Stigma-Hypothese, die von Eskin (1992) aufgestellt wurde. Sie besagt, dass Personen, die eine persönliche Krise erleben, wahrscheinlicher in Gesellschaften mit toleranten und liberalen Einstellung Suizid begehen. Im Gegensatz dazu stoßen Personen, die suizidales Verhalten zeigen, gerade in dieser Gesellschaft auf ablehnende und stigmatisierende Reaktionen und Einstellungen. Die Suizidgefährdeten bekommen somit nicht die Hilfe, die sie vor einem Suizid beschützen könnte.

1.4. Laientheorien über Ursachen von Suizid

Um ein suizidales Verhalten in bestimmten Kulturen besser verstehen und Unterschiede festhalten zu können, werden die jeweiligen Entstehungstheorien für Suizid erfasst. Lester und Bean (1992) entwickelten ein Erhebungsinstrument, das den Glauben an die Ursachen von Suizid erhebt. Suizid als Ergebnis intrapsychischer Probleme, interpersonellen Konflikten oder soziale Ursachen wurden als mögliche Einflussfaktoren angeführt. Bisherige Studien zeigten kulturelle Unterschiede in der Ursachenzuschreibung von Suizid von afrikanisch und europäisch abstammenden Amerikanern (Walker, Lester & Joe, 2006). Religiosität korrelierte am stärksten mit intrapsychischen Problemen (Loibl & Voracek, 2007; Loibl et al., 2008).

1.5. Genetische Einflussfaktoren von Suizid

Eine weitere Möglichkeit unterschiedliche Suizidraten zu erklären ist der Einfluss von biologischen Faktoren. Personen weisen in unterschiedlichen Ländern eine unterschiedliche Häufung an Genen auf (Cavalli-Sforza, Menozzi & Piazza, 1994; Menozzi, Piazza & Cavalli-Sforza, 1978). Gebiete im osteuropäischem Raum, sogenannte finno-ugrische Ethnien, die bestimmte genetische Polymorphismen besitzen, zeigten eine höhere Suizidrate (Voracek,

Loibl & Kandrychyn, 2007; Voracek, Vintila & Muranyi, 2007). Obwohl es unzählige Studien gibt, die einen Zusammenhang zwischen bestimmten Genen und suizidalem Verhalten nahelegen (Bondy, Buettner & Zill, 2006; Mann et al., 2000; Turecki et al., 2001), verfügen viele Personen nicht über das Wissen über den Einfluss von genetischen Faktoren auf die Suizidalität (Kölves et al. 2007; Voracek & Sonneck, 2006). Bisherige Validierungen der BIRFSS zeigten, dass in verschiedenen Ländern ähnliche Vorstellungen über den genetischen Einfluss auf das suizidale Verhalten besteht (Voracek et al., 2008c).

1.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe

Obwohl die Bereitschaft einer Person psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen ein wichtiger präventiver Faktor gegen suizidales Verhalten ist, wurde in Polen wenig Forschung zu diesem Thema betrieben. Bisherige Studien in den USA (Elhai, Schweinle & Anderson, 2008) und in Großbritannien (Sheik & Furnham, 2000) ergaben, dass bei Personen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund keine Unterschiede in der Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychologische Hilfe vorhanden ist. Einfluss auf eine positive Bereitschaft psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen hatten das weibliche Geschlecht (Fischer & Turner, 1970) und eine höhere Anzahl an Bildungsjahren (Sheik & Furnham, 2000). Die Religionszugehörigkeit wurde auch mit einer positiveren Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen verbunden (Kamietzky & Stricker, 2008; Sheik & Furnham, 2000). In den arabischen Ländern, die sehr religiös sind, beteten Personen in Zeiten von psychischen Krisen vermehrt zu Gott (Al-Krenawi, Graham, Dean, & Eltaiba, 2004).

1.7. Hypothesenformulierung

Die Religiosität hat einen entscheidenden Einfluss auf den Umgang mit der Suizidalität der entsprechenden Bevölkerungsgruppen (vgl. Kapitel 1.3.2). Es wird angenommen, dass Personen die häufiger zur Kirche gehen eine höhere Religiosität aufweisen und daher eine

andere Einstellung zu Suizid vorweisen. Um den Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizidalität der verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufzeigen zu können, wird Hypothese eins folgend formuliert: **„PolInnen und polnische ImmigrantInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als ÖsterreicherInnen“.**

Die geltenden Normen der polnischen katholischen Kirche können eine Art Abschreckung für Personen sein, Suizid zu begehen. Zusätzlich veranlassen sie Familien dazu, Suizidankündigungen, Suizidversuche oder Suizide von Familienangehörigen, vor der Öffentlichkeit zu verheimlichen (vgl. Kapitel 1.3.2). Hypothese zwei wird basierend auf der Vermutung, dass die Religiosität die Einstellung zu Suizid beeinflusst, wie folgend formuliert: **„PolInnen und polnische ImmigrantInnen haben eine negativere Einstellung zu Suizid als ÖsterreicherInnen.“**

Basierend auf den Erörterungen aus Kapitel 1.3.3 wird in dieser Untersuchung vermutet, dass – im Gegensatz zu den ÖsterreicherInnen – PolInnen und polnische ImmigrantInnen eine geringere Akzeptanz von Suizid, aber eine höhere Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber zeigen. Hypothese drei lautet daher: **„PolInnen und polnische ImmigrantInnen weisen eine positivere Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als ÖsterreicherInnen.“**

Entstehungstheorien für Suizid sind wichtig um suizidales Verhalten in bestimmten Kulturen besser verstehen zu können. Hypothese vier lautet: **„PolInnen und polnische ImmigrantInnen weisen höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen des Suizides auf, als ÖsterreicherInnen.“**

Der Glaube an den Einfluss von genetischen Faktoren auf Suizid unterscheidet sich kaum zwischen den untersuchten Ländern. Hypothese fünf lautet: **„ÖsterreicherInnen und polnische ImmigrantInnen erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid.“**

Kapitel 1.2 zeigt, dass Personen mit verschiedener Nationalität sich durch ihre unterschiedlichen Kulturen, Sprachen, Sitten und Bräuche, Traditionen, Religionen und Migrationsgeschichten auszeichnen. Aufgrund dieser kulturellen Vielfalt ist es für Personen, die im psychosozialen Bereichen tätig sind wichtig, sich mit diesen Unterschieden auseinanderzusetzen. Damit können Menschen, die solche einzigartigen kulturellen Hintergründe aufweisen, besser verstanden, Behandlungen angepasst und damit einen bestmöglichen Behandlungserfolg garantiert werden. Aufgrund der Erkenntnisse aus Kapitel 1.3.2 und 1.6 wird vermutet, dass PolInnen eine geringere Bereitschaft aufweisen professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als ÖsterreicherInnen. Weiter wird vermutet, dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe zwischen polnischen ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen ähnliche Werte aufweist. Außerdem werden kulturelle Unterschiede des Einflusses der Variablen Geschlecht, Alter, Bildung und Religiosität auf die Bereitschaft psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen erwartet. Aus dieser Vermutung wird Hypothese 6a wie folgend formuliert: **„PolInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als ÖsterreicherInnen.“** Hypothese 6b lautet: **„Polnische ImmigrantInnen unterscheiden sich im Bezug auf die Bereitschaft der Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe nicht von ÖsterreicherInnen.“**

Weiter wird vermutet, dass Religiosität einen Einfluss ausübt, und zwar in der Hinsicht darauf, dass Personen die religiöser sind eher Hilfe in Gebeten oder in Personen, die der eigenen Glaubensgemeinschaft angehören suchen, bevor sie bereit sind professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Kapitel 1.6.). Hypothese sieben lautet daher: **„Religiosität hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.“**

Methoden

2.1. Auswahl der Stichprobe

2.1.1. Soziodemographische Daten

Die Befragten, die an dieser Erhebung teilnahmen, hatten unterschiedliche kulturelle Hintergründe. Es wurden ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnische ImmigrantInnen in die Stichprobe mit einbezogen. ÖsterreicherInnen waren in dieser Untersuchung die Kontrollgruppe, welche zum Vergleich mit den Gruppen PolInnen und polnischen ImmigrantInnen diente.

2.1.2. Einschluss- und Ausschlusskriterien der Stichproben

Bei den ÖsterreicherInnen und PolInnen wurde darauf geachtet, dass sie keinen Migrationshintergrund aufwiesen. Befragt wurden Personen ab dem 50. Lebensjahr. Im Jahre 1981 wurde aufgrund von politischer Instabilität die höchste Einwanderungswelle von polnischen jungen Erwachsenen nach Österreich verzeichnet (Korcelli, 1996, S. 247). Aufgrund dieser Einwanderungswelle sind heute viele polnische ImmigrantInnen, die in Österreich leben, über 50 Jahre alt.

2.2. Datenerhebung

2.2.1. Ablauf der Datenerhebung

Die Stichprobenerhebung fand in Österreich und in Polen statt. Insgesamt dauerte die Gewinnung der Daten von Anfang Mai bis Ende Oktober 2011. Um vergleichbare Stichproben zu gewährleisten, wurden die ÖsterreicherInnen und die polnischen ImmigrantInnen in Wien und Wien Umgebung und die PolInnen in Krakau und Krakau Umgebung befragt. Die Akquirierung der Stichprobe erfolgte mittels Schneeballsystem. Die meisten der Versuchspersonen wurden mit Hilfe von Verwandten, Bekannten und Freunden, die gebeten wurden, die Fragebögen in deren persönlichem Umfeld weiterzugeben, gewonnen. Die Fragebögen wurden den Personen ausgehändigt und nach einiger Zeit wieder abgeholt. Polnische ImmigrantInnen wurden zusätzlich in polnischen Geschäften in Wien

persönlich angesprochen und gebeten den Fragebogen auszufüllen. Dies waren hauptsächlich Lebensmittelgeschäfte und Videoteken rund um den Rennweg, auf der Wagramerstrasse, auf der Burggasse und der Josefstädter Straße. Die Teilnahme an der Befragung fand auf freiwilliger Basis statt. Die Anonymität wurde den befragten Personen zugesichert.

2.2.2. Stichprobengröße und Teststärkeanalysen

Bereits in der Planungsphase dieser Arbeit wurden für die Festlegung des Stichprobenumfanges a priori Teststärkeanalysen (Cohen, 1988) berechnet. Für die Berechnungen wurde das Programm G*Power, Version 3.1 (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) verwendet.

Für die zweifaktorielle ANOVA wurde bei einem Signifikanzniveau von 5% und einer Teststärke von 80% für eine kleine Effektstärke ($f = .10$; Cohen, 1988) eine Gesamtstichprobe von 1089 Personen, bei einer mittleren Effektstärke ($f = .25$) eine Gesamtstichprobe von 132 und bei einer großen Effektstärke ($f = .40$) eine Gesamtstichprobe von 64 berechnet. Da größere als bloß „kleine“ Effekte erwartet wurden, entschied sich die Untersucherin für eine mittlere Effektstärke von $f = .25$ mit einer Gesamtstichprobengröße von 132 Personen, wobei jeder der sechs Bedingungskombinationen 22 Personen zugeordnet wurden. Für die MANOVA, mit maximal sieben abhängigen Variablen, wurde a priori für eine Effektstärke von $f^2 = .10$ eine Gesamtstichprobenumfang von 98 berechnet. Für die multiple Regression mit vier Prädiktoren wurde eine mittlere Effektstärke $f^2 = .15$ erwartet und eine Stichprobengröße von 89 Personen pro Kulturgruppe berechnet.

2.3. Erhebungsinstrumente

2.3.1. Struktur des Fragebogens

Allen Personen der drei Kulturgruppen wurde der gleiche Fragebogen in der jeweiligen Muttersprache vorgelegt. Der Fragebogen beinhaltete auf der ersten Seite ein Informationsschreiben über das zugrundeliegende Thema, die Instruktion, Anonymität und

Auswertung der Untersuchung. Nachstehend erfolgt die Beschreibung der eingesetzten Verfahren in der Reihenfolge der Vorgabe innerhalb der Fragebögen. Die Fragenformulierung und die Antwortalternativen waren bei allen Teilstichproben vorgegeben. Polnische ImmigrantInnen beantworteten zusätzlich die Frage nach der Aufenthaltsdauer in Österreich.

2.3.1.1. Meinungen und Einstellungen zu Suizid

Die *Attitudes Towards Suicide Scale* (ATTS), die von Eskin (2004) erstellt wurde, beinhaltet 24 Fragen bezüglich den Meinungen und Einstellungen zu Suizid und psychischen Problemen. Die Einschätzungen erfolgten auf einer 5-stufigen Likert Skala (Likert, 1931) mit den Antwortmöglichkeiten: stimme gar nicht zu, stimme nicht zu, weder noch, stimme zu und stimme völlig zu. Die Items wurden jeweils mit 1, 2, 3, 4 und 5 kodiert. Höhere Werte einer Subskala bedeuten höhere Zustimmung und niedrigere Werte, niedrigere Zustimmung. Frühere Validierungen der Variable ergaben sechs Faktoren, die 61% der totalen Varianz erklärten (Eskin, 2004). Bei einer Stichprobe mit österreichischen und türkischen StudentInnen der Medizin wurden sieben Faktoren extrahiert, diese erklärten 73.4% der totalen Varianz (Eskin, Voracek, Stieger & Altinyazar, 2011). Um einen Vergleich dieser Untersuchung mit der Studie von Eskin (2011) zu gewährleisten, wurden diese sieben Faktoren der *Attitudes Towards Suicide Scale* in dieser Untersuchung übernommen. Diese Faktoren sind: *Der Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod, Akzeptanz von Suizid, Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit, Mitteilung von psychischen Problemen, Verheimlichen von suizidalem Verhalten, Suizid als Lösung und offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid*. Insgesamt mussten 24 Items beantwortet werden. Die Einschätzungen erfolgten auf einer 5-stufigen Likert Skala mit den Antwortmöglichkeiten: stimme gar nicht zu, stimme nicht zu, weder noch, stimme zu und stimme völlig zu. Die Items wurden jeweils mit 1, 2, 3, 4 und 5 kodiert. Hohe Werte standen für eine hohe Zustimmung, niedrige Werte für eine niedrige Zustimmung.

2.3.1.2. Verhalten gegenüber einem vorgestellten Suizidgefährdeten Freund

Der Fragebogen *Reactions to an Imagined Suicidal Friend* (RISF), der das Verhalten gegenüber einem vorgestellten Suizidgefährdeten Freund misst, wurde von Eskin (1999) entworfen. Es gab mehrere Vorläufer der verwendeten Skala, diese hatten weniger Items und bezogen ihre Fragen auf eine KlassenkollegIn oder auf eine StudentIn (Eskin, 1995). Im Jahr 1999 untersuchte Eskin in seiner Studie mit schwedischen und türkischen StudentInnen das erste Mal Reaktionen gegenüber einem vorgestellten nahen Freund, der beschlossen hat sich umzubringen und seinen Entschluss dem Befragten mitteilt. Eine Faktorenanalyse ergab sieben Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 und 61.0% erklärter totaler Varianz. Eine erneute Validierung der Variable ergab vier Faktoren, die 55.8% der totalen Varianz erklärten (Eskin, 2004). Die letzte Validierung anhand einer österreichischen und türkischen Stichprobe ergab fünf Faktoren mit 61.3% an erklärter totaler Varianz (Eskin, 2011). Um einen Vergleich dieser Untersuchung mit der Studie von Eskin (2010) zu gewährleisten, wurden diese fünf Faktoren des Erhebungsinstruments in dieser Untersuchung übernommen. Die fünf Faktoren sind: *Soziale Akzeptanz*, *emotionale Beteiligung*, *Hilfe für den Suizidgefährdeten Freund*, *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* und *genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens*. Insgesamt sollten 20 Items beantwortet werden. Die Einschätzungen erfolgten auf einer 5-stufigen Likert Skala mit den Antwortmöglichkeiten: stimme gar nicht zu, stimme nicht zu, weder noch, stimme zu und stimme völlig zu. Die Items wurden jeweils mit 1, 2, 3, 4 und 5 kodiert. Hohe Werte standen für eine hohe Zustimmung, niedrige Werte für eine niedrige Zustimmung.

2.3.1.3. Glaube an die Ursachen von Suizid

Der Glaube an die Ursachen von Suizid wurde mit der *Attribution of Causes to Suicide Scale* (ACCS) erhoben. Das Erhebungsinstrument, das von Lester und Bean (1992) entwickelt wurde, erhebt die Ursachenzuschreibung von Suizid anhand von drei Subskalen. Diese Subskalen sind intrapsychische Ursachen, interpersonelle Ursachen und soziale Ursachen. Die

Validierung der ACCS zeigte in einer österreichischen StudentInnenstichprobe moderate testtheoretische Werte (Loibl, Tran, Hirner & Voracek, 2008). Der Fragebogen besteht aus insgesamt 18 Items. Die Einschätzungen erfolgen auf einer 6-stufigen Likert Skala mit den Antwortmöglichkeiten 1 = stimme überhaupt nicht zu bis 6 = stimme stark zu. Die Codierung der Itemantworten umfasste den Bereich von -2.5 bis +2.5. Je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung.

2.3.1.4. *Religiöse und spirituelle Einstellungen*

Für die Erfassung von spirituellen und religiösen Einstellungen kam die *System of Belief Inventory* (SBI-15R-D), die von Holland et al. (1998) entwickelt wurde und von Albani et al. (2001) an einer deutschen Stichprobe validiert wurde, zum Einsatz. Sie wurde vor allem deswegen verwendet, da sie spirituelle und religiöse Einstellungen unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft misst. Die Einstellungen werden anhand von zwei Subskalen erfasst. Subskala *religiöse Überzeugungen und Praktiken* und Subskala *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft*. Die Validierung der SBI-15R-D zeigten gute testtheoretische Werte (Albani et al., 2001; Baider et al., 2001; Holland et al., 1999). Die Gesamtskala beinhaltet 15 Items. Die Einschätzungen erfolgten auf einer 4-stufigen Likert Skala mit den Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft teilweise nicht zu, trifft teilweise zu und trifft vollständig zu. Die Items werden jeweils mit 1, 2, 3 und 4 kodiert. Es wurden Summenwerte für jede einzelne Subskalen gebildet. Die Spannweite der Summenscores für die Subskala religiöse Überzeugungen und Praktiken beträgt 10 bis 40. Für die Subskala soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft können Werte von 5 bis 20 erzielt werden. Je höher die Werte, desto höher die Zustimmung. Je niedriger die Werte, desto stärker die Ablehnung.

2.3.1.5. *Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid*

Der Glaube an genetische Komponenten von Suizid wurde mit der *Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale* (BIRFSS) gemessen. Dieses Messinstrument

wurde von Voracek, Loibl & Sonneck (2007) entwickelt und ist die erste Skala, die den Glauben an genetische Faktoren für Suizid erhebt. Bisher wurden zahlreiche Validierungen der BIRFSS durchgeführt, die akzeptable testtheoretische Werte belegten (Voracek et al., 2007a, 2007b, 2007c; Voracek, 2008a). Das Erhebungsinstrument bestand aus 22 Items, die mit richtig oder falsch beantwortet werden konnten. Die Antwortmöglichkeiten wurden jeweils mit 0 = falsch und 1 = richtig codiert. Items der Nummer 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, und 20 waren richtige Behauptungen. Die restlichen acht Items waren falsche Behauptungen und mussten umcodiert werden. Fehlende Werte (nicht beantwortet) wurden als falsch gewertet. Es wurden anschließend Summenwerte über die gesamte Skala gebildet. Die Spannweite der möglichen Summenwerte betrug 0-22. Je höher die Werte, desto eher glaubte eine Person an genetische Faktoren von Suizid.

2.3.1.6. Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Zur Erhebung der Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen wurde die *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form* (ATSPPH-SF) von Fischer und Farina (1995), die durch Ang et al. (2007) revidiert wurde, verwendet. Der Fragebogen wurde aufgrund seiner Kürze, die sich vor allem bei einem so sensiblen Thema bewährt und seiner einigermaßen starken psychometrischen Eigenschaften ausgewählt (Fischer und Farina, 1995). Darüber hinaus ist seine Nutzung weit verbreitet (Ang et al., 2007). Die Reliabilitäten des ATSPPH-SF von Fischer und Farina (1995) betrugen bei zwei Stichproben Cronbach's Alpha .84 und .89. Die revidierte Fassung (Ang et. al, 2007) wies ein Cronbach's Alpha von .70 und .71 auf. Die Einschätzungen erfolgen auf einer 4-stufigen Likert Skala mit den Antwortmöglichkeiten: stimme gar nicht zu, stimme teilweise nicht zu, stimme teilweise zu und stimme völlig zu. Insgesamt umfasste die gesamte Skala neun Items, die jeweils mit 0, 1, 2, 3 kodiert wurden. Items der Nummer 2, 4, 7, 8 und 9 wurden aufgrund ihrer negativen Formulierung umgepolt. Anschließend wurden Summenwerte über die gesamte Skala gebildet. Die Spannweite der möglichen Summenwerte

beträgt 0-27. Je höher die Werte, desto positiver die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

2.3.1.7. Demographische Daten

Demographische Variablen die erfragt wurden, waren *Alter*, *Geschlecht*, *höchste abgeschlossene Ausbildung*, *Kirchgang* und bei den polnischen Immigrantinnen zusätzlich die Variable *Dauer des Aufenthalts in Österreich*. Bei der *höchsten abgeschlossenen Ausbildung* waren für die ÖsterreicherInnen die Pflichtschule, Lehre, Berufsschule, mittlere Schule ohne Matura und Fachschule, AHS, BHS mit Matura und Universität, Fachhochschule, mögliche Antwortalternativen. Bei den PolInnen und polnischen ImmigrantInnen kam zusätzlich die Antwortmöglichkeit Kolleg dazu. Der *Kirchgang* hatte die Antwortmöglichkeiten mehrmals die Woche, einmal pro Woche, einmal pro Monat, ein paar Mal im Jahr, nur zu besonderen Anlässen (Weihnachten, Ostern, Hochzeit, etc.), einmal im Jahr und gar nicht. Die *Dauer des Aufenthaltes in Österreich* wurde durch ein offenes Antwortformat erhoben.

2.3.2. Übersetzung der verwendeten Erhebungsinstrumente

Die Erhebungsinstrumente wurden folgend der *parallel blind technique* (Behling & Law, 2000, S. 23) ausgehend vom Originalartikel in die deutsche und in die polnische Sprache übersetzt. Der ATSPPH-SF wurde in die deutsche Sprache übersetzt und alle Erhebungsinstrumente in die polnische Sprache. Die Übersetzungen von der englischen in die deutsche Sprache fanden mit Hilfe einer Person mit Universitätsabschluss in Anglistik und einer Englisch unterrichtenden Lehrenden an der Modul University Vienna statt. Die Übersetzung aus der englischen in die polnische Sprache wurde durch zwei polnische native speaker und einer Lehrerin, die in Polen Englisch unterrichtet, ermöglicht. Bei den Übersetzungen wurde vor allem auf die sprachliche Korrektheit als auch auf Sinnhaftigkeit geachtet.

2.3.3. Untersuchungsdesign

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um ein quasiexperimentelles Design, da die zu vergleichenden Kulturgruppen (ÖsterreicherInnen, PolInnen und polnische ImmigrantInnen) in einer „natürlichen“ Zusammensetzung vorliegen und die Frage einer zufälligen Zuteilung von Personen zu einer Kultur sich somit nicht stellt. Auf ungefähre Gleichverteilung der Variable Geschlecht in jeder der drei Teilgruppen wurde geachtet. Es wurden mehrere Varianzanalysen und zusätzlich multiple Regressionen gerechnet.

2.4. Auswertung

Die Analyse der Daten erfolgte über SPSS für Windows Programmpaket in der Version 18. Der erste Schritt der Datenauswertung bestand in der Auswertung der demographischen Daten hinsichtlich der Mittelwerte, Standardabweichung, der Spannweite und der Verteilung. Weiter wurden Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen anhand der Variablen *Geschlecht*, mittels Homogenitätstest und Unterschiede in den Variablen *Alter* und *Anzahl der Ausbildungsjahre* mittels einfaktorieller Varianzanalysen, auf Signifikanz geprüft.

Die interne Konsistenz der Skalen (ATTS, RISF, ACCS, SBI-15R-D, BIRFSS und ATSPPH-SF) wurde jeweils für die einzelnen Kulturgruppen mittels Cronbach's Alpha berechnet. In dieser Untersuchung wurden, um Unterschiede in den einzelnen Variablen zu entdecken, zweifaktoriellen Varianzanalysen als auch MANOVAs gerechnet. Die unabhängigen Variablen der Varianzanalysen waren jeweils die *Kultur* (ÖsterreicherInnen, polnische ImmigrantInnen und PolInnen) und das *Geschlecht* (männlich, weiblich).

Der Berechnung der Varianzanalysen gingen Prüfungen der notwendigen Voraussetzungen, wie Normalverteilung der abhängigen Variablen über die einzelnen Gruppen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test, Homogenität der Varianzen mittels Levene's Test und die Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen mittels Box's Test, voran. Auch bei Verletzungen der Voraussetzungen wurden Varianzanalysen berechnet, da diese robuste

Verfahren darstellen. Anschließend wurden Post Hoc Tests berechnet, um die Mittelwerte zu vergleichen. Bei homogenen Varianzen wurden Hochberg's T und bei heterogenen Varianzen Games Howell verwendet. Für die nähere Betrachtung von Interaktionen wurden Graphiken und Simple Effect Analysen (separate univariate ANOVAs) verwendet (Field, 2009, S. 442).

Weiter wurden multiple Regressionen gerechnet. Auch bei diesen wurden vorausgehend die Voraussetzungen überprüft (Prüfung der Multikollinearität durch die Werte der VIF und der Toleranz als auch der Korrelationen, Analyse der Residuen, Prüfung der Autokorrelation durch den Durbin-Watson-Test und die Prüfung auf Homoskedastizität durch die Betrachtung der Residuen).

Die Effektgrößen nach Cohen (1988) sind zusätzlich zur Prüfstatistik und zu den statistischen Entscheidungen für die Ergebnisse angegeben. Sie ermöglichen eine bessere Einschätzung der praktischen Bedeutsamkeit eines ermittelten Effekts und sind unabhängig vom Stichprobenumfang (Erdfelder, Faul, Buchner & Cüpper, 2010; Schmidt & Hunter, 1997). Für die Berechnungen wurde das Programm G*Power, Version 3.1 (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) verwendet.

Das Signifikanzniveau wurde mit $p < .05$ (2-seitig) festgelegt und angegeben. Abweichende Signifikanzniveaus werden in den Tabellen sichtbar markiert.

Ergebnisse

3.1. Rücklaufquote der Fragebögen

Von 600 ausgeteilten Fragebögen wurden 481 (80.2%) Stück retourniert. Von diesen 481 Stück wurden 3 Fragebögen nicht in die Analyse mit einbezogen, da diese Personen unter 50 Jahren alt waren. Die Rücklaufquote beträgt somit 79.7%, das entspricht 478 Fragebögen. Jeder Teilgruppe wurden 200 Fragebögen ausgeteilt. Die Rücklaufquote für die ÖsterreicherInnen betrug 158 (79%), für die polnischen ImmigrantInnen 135 (67.5%) und für die PolInnen 195 (97.5%) Stück.

3.2. Stichprobengröße

Die voraus berechnete Mindeststichprobengröße von 98 Personen konnte bei allen drei Kulturgruppen erfüllt werden. Die Teilstichproben bestehen jeweils aus mindestens 135 Personen.

3.3. Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Kennzeichen der Stichprobe werden in Tabelle 1 beschrieben.

Tabelle 1 Soziodemographische Daten

	ÖsterreicherInnen (<i>n</i> = 158)			poln. MigrantInnen (<i>n</i> = 135)			PolInnen (<i>n</i> = 195)		
	<i>n</i>	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Geschlecht									
Frauen	86	54.4		72	53.3		95	51.4	
Männer	72	45.6		63	46.7		90	49.6	
Alter			63.0 (10.5)			58.1 (6.2)			62.3 (10.1)
Ausbildungsdauer			13.1 (1.6)			13.4 (1.5)			13.9 (1.8)

N = 478; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Die Gesamtstichprobe besteht aus 478 Personen. Die Personenanzahl zwischen den Gruppen ist normalverteilt. Männer und Frauen innerhalb jeder Herkunftsgruppe sind gleich verteilt

($\chi^2(2) = 0.34, p = .845$). Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Herkunftsländern bezogen auf das Alter der befragten Personen ($F(2,475) = 11.91, p < .001$). Polnische ImmigrantInnen waren im Gegensatz zu den ÖsterreicherInnen signifikant jünger. ÖsterreicherInnen und PolInnen unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Die ÖsterreicherInnen sind 50 bis 90, die polnischen ImmigrantInnen 50 bis 82 und die PolInnen 50 bis 88 Jahre alt. Die Ausbildung variierte in allen drei Herkunftsgruppen vom Pflichtschulabschluss bis zum Universitätsabschluss. Um einen Vergleich zwischen den Herkunftsgruppen hinsichtlich der Ausbildung zu gewährleisten, wurde aufgrund der verschiedenen Bildungssysteme, die eine unterschiedliche Dauer der Ausbildungsjahre aufwiesen, das Hauptaugenmerk auf die Ausbildungsdauer in Jahren gelegt. Es gibt einen signifikanten Unterschied bei der Anzahl der Ausbildungsjahre zwischen den Herkunftsländern ($F(2,475) = 10.32, p < .05$). ÖsterreicherInnen weisen eine signifikant geringere Ausbildungsdauer als PolInnen auf. ÖsterreicherInnen und polnische ImmigrantInnen unterscheiden sich nicht signifikant. Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer der polnischen ImmigrantInnen in Österreich beträgt 28.13 ($SD = 7.17$) mit einer Spannweite von drei bis 51 Jahren.

3.4. Repräsentativität der Stichprobe

Damit die gefundenen Ergebnisse auf die gesamte Kultur generalisiert werden können, muss die Stichprobe repräsentativ für die Population sein (Berry et al., 1992). ÖsterreicherInnen und PolInnen waren nicht repräsentativ für die Gesamtstichprobe. Die Teilstichprobe der ÖsterreicherInnen war im Vergleich zur Erhebungen der Statistik Austria (2010) besser gebildet als die österreichische Bevölkerung im gleichen Alter. In der Teilstichprobe der PolInnen waren besser Gebildete überrepräsentiert (Główny Urząd Statystyczny, 2011). Polnische ImmigrantInnen unterschieden sich kaum in ihrer Bildung von Personen die

zwischen dem Jahr 1975 bis 1985 nach Österreich migriert sind (Fassmann, Kohlbacher & Reeger, 1995, S. 35).

3.5. Analyse von fehlenden Werten

Als fehlende Werte wurden solche bezeichnet die in den Fragebögen nicht angekreuzt wurden. Die Rate der fehlenden Werte für die einzelnen Teilstichproben lag unter acht Prozent. Für jede gemessene Variable in den Teilstichproben gab es weniger als drei Prozent an fehlenden Werten. Da die Variablen keine auffällig hohe Rate an fehlenden Werten besaßen und mit keinen anderen Variablen in Zusammenhang standen, sind alle fehlenden Werte „zufällig fehlend“. Deswegen wird in dieser Untersuchung der fallweise Ausschluss angewandt, der nur interessierende Variablen mit in die Berechnung einschließt, bei denen vollständige Informationen vorliegen (Peugh & Enders, 2004). Dies führte lediglich zu einer geringen Reduktion des Stichprobenumfangs. Die einzelnen Stichprobengrößen der Variablen werden für die Berechnungen jeweils gesondert angeführt.

3.6. Reliabilitätsprüfung

Die interne Konsistenz wurde für jede Skala mittels Cronbach´s Alpha berechnet. Die Ergebnisse sind für jede der drei Kulturgruppen in Tabelle 2 aufgelistet.

Die internen Konsistenzen aller Skalen wurden berechnet und erweisen sich bis auf wenige Ausnahmen als befriedigend, gut oder sehr gut. In den Kulturgruppen ÖsterreicherInnen und PolInnen zeigen alle internen Konsistenzen der verwendeten Skalen eine genügend hohe Reliabilität zur Verwendung von Gruppenvergleichen. Bei den polnischen ImmigrantInnen liegt der Wert der BIRFSS bei .45 und bei der ATSPPH-SF, revised bei .42.

Tabelle 2 Cronbach's Alpha der ATTS, RISF, ACCS, BIRFFS und der ATTSPPH-SF für ÖsterreicherInnen, polnische MigrantInnen und PolInnen

	ÖsterreicherInnen	poln. MigrantInnen	PolInnen
ATTS	.68	.55	.76
RTISF	.73	.71	.85
ACCS	.75	.69	.72
intrapsychisch	.59	.57	.54
interpersonell	.53	.56	.52
soziale Ursachen	.73	.66	.64
SBI-15R-D	.94	.91	.96
religiöse Überzeugungen und Praktiken	.93	.89	.94
soziale Unterstützung in der Glaubengemeinschaft	.87	.80	.90
BIRFFS	.77	.45	.58
ATSPPH-SF	.73	.42	.63

3.7. Hypothesenprüfung

3.7.1. Religiosität der Kulturgruppen

Um Hypothese 1 – „**PolInnen und polnische ImmigrantInnen sind religiöser und gehen häufiger in die Kirche als ÖsterreicherInnen**“ – zu prüfen wurden die Kulturgruppen hinsichtlich ihrer religiösen und spirituellen Einstellung sowie auf die Frequenz des Kirchgangs geprüft.

3.7.1.1. Religiöse und spirituelle Einstellungen

Für die Berechnung der Unterschiede in den religiösen und spirituellen Einstellungen diente eine MANOVA mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht*. Die abhängigen Variablen waren zwei Subskalen des SBI-15R-D (Subskala *religiöse Überzeugungen und Praktiken* und Subskala *soziale Unterstützung in der Glaubengemeinschaft*). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen werden in Tabelle 3 dargestellt.

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in allen drei Gruppen über beide Subskalen der Religiosität signifikante Ergebnisse. Der Box's Test als auch der Levene's Test waren ebenfalls signifikant.

Tabelle 3 Deskriptive Statistik der religiösen und spirituellen Einstellungen (SBI-15R-D)

	religiöse Überzeugung und Praktiken <i>M (SD)</i>	soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft <i>M (SD)</i>
ÖsterreicherInnen (<i>n</i> = 154)		
Frauen	22.5 (8.7)	8.6 (4.0)
Männer	21.1 (9.3)	9.1 (4.0)
Total	21.8 (9.0)	8.8 (4.0)
poln. MigrantInnen (<i>n</i> = 132)		
Frauen	27.1 (8.3)	10.2 (3.9)
Männer	30.0 (5.7)	12.8 (3.4)
Total	28.6 (7.3)	11.5 (3.8)
PolInnen (<i>n</i> = 176)		
Frauen	33.0 (7.6)	14.4 (4.7)
Männer	31.3 (7.9)	13.9 (4.7)
Total	32.1 (7.8)	14.2 (4.7)

n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Der multivariate Test Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Effekt der Kultur auf die Höhe der Werte beider Subskalen der *Religiosität* ($V = .27$, $F(4, 912) = 35.88$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .92$, $f^2 = .16$). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Univariate Varianzanalysen zeigten, dass PolInnen und MigrantInnen im Vergleich zu ÖsterreicherInnen auf den Skalen *religiöse Überzeugungen und Praktiken* ($F(2, 456) = 69.20$, $MSE = 64.34$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .23$, $f = .55$), sowie auf der Subskala *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* ($F(2, 456) = 66.21$, $MSE = 17.57$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .23$, $f = .54$), signifikant höhere Werte aufweisen.

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Effekt für *Geschlecht* ($V = .02$, $F(2, 455) = 5.07$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .01$, $f^2 = .12$). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Männer wiesen auf der Subskala *soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft* höhere Werte auf als Frauen ($F(1, 456) = 4.98$, $MSE = 17.57$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .10$). Auf

der Subskala *Überzeugungen und Praktiken* gab es keine signifikanten

Geschlechtsunterschiede ($F(1, 456) = .02, MSE = 64.34, p = .90, \eta_p^2 = .00, f = .01$).

Pillai's Trace zeigte signifikante Interaktionseffekte zwischen *Kultur* und *Geschlecht*, ($V = .02, F(4, 912) = 2.76, p < .05, \eta_p^2 = .01, f^2 = .01$). Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt. Sowohl in der Subskala *religiöse Überzeugungen und Praktiken* ($F(2, 456) = 3.79, MSE = 64.34, p < .05, \eta_p^2 = .02, f = .13$), als auch in der Subskala *soziale Unterstützung in der Glaubengemeinschaft* ($F(2, 456) = 4.76, MSE = 17.57, p < .05, \eta_p^2 = .02, f = .14$) gab es signifikante Effekte. Univariate *F*-Tests ergaben, dass innerhalb der Gruppe der polnischen ImmigrantInnen Männer sowohl in der Subskala *religiöse Überzeugungen und Praktiken* ($F(1, 459) = 4.42, p < .05$) als auch in der Subskala *soziale Unterstützung* ($F(1, 468) = 13.54, p < .001$) signifikant höhere Werte zeigten als Frauen. Innerhalb der ÖsterreicherInnen und PolInnen gab es keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

3.7.1.2. Kirchgang

Die Berechnung der Unterschiede im Kirchengang fand mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse statt. Faktoren waren *Kultur* und *Geschlecht*. Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable werden in Tabelle 4 dargestellt.

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in allen drei Gruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war ebenfalls signifikant.

Tabelle 4 Deskriptive Statistik des Kirchgangs

	Kirchengang <i>M (SD)</i>
ÖsterreicherInnen (<i>n</i> = 158)	
Frauen	1.9 (1.4)
Männer	1.6 (1.7)
Total	1.8 (1.5)
poln. MigrantInnen (<i>n</i> = 135)	
Frauen	2.8 (1.7)
Männer	3.7 (1.4)
Total	3.3 (1.6)
PolInnen (<i>n</i> = 185)	
Frauen	4.4 (1.4)
Männer	4.0 (1.5)
Total	4.2 (1.4)

n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Es gab einen signifikanten Effekt der *Kultur* ($F(2, 472) = 111.77, MSE = 2.28, p < .001, \eta_p^2 = .32, f = .69$). Die Effektstärke entspricht einem großen Effekt. Post Hoc Tests zeigten, dass PolInnen und polnische MigrantInnen signifikant häufiger in die Kirche gingen als ÖsterreicherInnen.

Es gab keinen Effekt des *Geschlechts* ($F(1, 472) = .15, p = .70, \eta_p^2 = .00, f = .02$).

Der Effekt der Interaktion zwischen *Herkunft* und *Geschlecht* war signifikant, ($F(2, 472) = 8.53, p < .001, \eta_p^2 = .04, f = .20$). Die Effektstärke entspricht einem mittleren Effekt. Univariate F-Tests zeigten, dass innerhalb der polnischen ImmigrantInnen Männer signifikant häufiger in die Kirche gehen als Frauen ($F(1, 472) = 11.88, p < .01$). Bei den PolInnen ($F = 3.26, p = .07$) und ÖsterreicherInnen ($F = 1.94, p = .17$) ist der Kirchengang bei Männern und bei Frauen ähnlich ausgeprägt.

3.7.2. Einstellungen zu Suizid

Für die Prüfung der Hypothese 2 – „**PolInnen und polnische ImmigrantInnen haben eine negativere Einstellung zu Suizid als ÖsterreicherInnen**“ – wurde zur Berechnung eine

MANOVA mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* angewandt. Die abhängigen Variablen waren fünf Subskalen der ATTS (*Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod*, *Akzeptanz von Suizid*, *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit*, *Mitteilung von psychischen Problemen*, *Verheimlichen von suizidalem Verhalten*, *Suizid als Lösung*, *offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid*). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen werden in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5 Deskriptive Statistik der Einstellungen zu Suizid (ATTS)

	ÖsterreicherInnen (n = 146)			poln. MigrantInnen (n = 133)			PolInnen (n = 174)		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Glaube an die Bestrafung nach dem Tod	10.3 (3.4)	9.2 (4.1)	9.8 (3.8)	12.1 (5.5)	13.0 (4.2)	12.6 (4.9)	15.3 (4.0)	15.3 (4.9)	15.2 (4.4)
Akzeptanz von Suizid	15.3 (5.8)	17.7 (6.2)	16.4 (6.0)	14.5 (5.9)	14.8 (5.2)	14.6 (5.6)	13.1 (6.0)	14.2 (5.0)	13.6 (5.5)
Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit	11.3 (3.2)	9.9 (2.9)	10.7 (3.1)	8.6 (3.2)	9.3 (3.3)	8.9 (3.3)	9.3 (3.6)	9.6 (3.6)	9.5 (3.6)
Mitteilung psychischer Probleme	12.3 (2.1)	12.8 (1.6)	12.6 (1.9)	12.3 (2.1)	12.1 (2.0)	12.2 (2.1)	12.4 (2.1)	12.3 (2.1)	12.3 (2.3)
Verheimlichen von suizidalem Verhalten	4.0 (1.8)	4.7 (1.8)	4.3 (1.8)	4.0 (1.7)	4.9 (2.3)	4.4 (2.1)	5.1 (2.0)	5.5 (2.1)	5.3 (2.1)
Suizid als Lösung	7.7 (1.7)	8.5 (2.4)	8.1 (2.1)	8.4 (1.9)	8.0 (1.8)	8.2 (1.9)	8.4 (2.2)	9.1 (2.5)	8.8 (2.3)
Offene Berichterstattung von Suizid	6.7 (1.9)	6.5 (1.9)	6.6 (1.9)	7.6 (1.9)	7.8 (1.3)	7.7 (1.6)	7.9 (1.9)	7.4 (2.3)	7.6 (2.1)

n = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in allen sieben Gruppen signifikante Ergebnisse. Der Box's Test war signifikant. Der Levene's Test war in allen Skalen, außer der Subskala *Akzeptanz von Suizid*, *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit* und *Mitteilung von psychischen Problemen* signifikant.

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Herkunft* ($V = .41$, $F(14, 878) = 16.10$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .20$, $f^2 = .09$). Das entspricht einer kleinen Effektgröße.

Separate univariate ANOVA's zeigten auf sechs Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Kulturgruppen. Polnische ImmigrantInnen und PolInnen zeigten auf der Subskala *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod* signifikant höherer Wert als ÖsterreicherInnen ($F(2, 444) = 62.65, MSE = 19.19, p < .001, \eta_p^2 = .22, f = .53$). Auf der Subskala *Akzeptanz von Suizid* hatten polnische ImmigrantInnen und PolInnen signifikant niedrigere Werte als ÖsterreicherInnen ($F = 10.14, MSE = 32.26, p < .01, \eta_p^2 = .04, f = .01$). Bei der Subskala *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit* hatten polnische ImmigrantInnen und PolInnen signifikant höhere Werte als ÖsterreicherInnen ($F = 9.27, MSE = 11.06, p < .001, \eta_p^2 = .04, f = .09$). In der Subskala *Verheimlichen von suizidalem Verhalten* erreichten PolInnen signifikant höhere Werte als ÖsterreicherInnen ($F = 11.82, MSE = 3.87, p < .001, \eta_p^2 = .02, f = .11$), polnische ImmigrantInnen hatten ähnliche Werte wie ÖsterreicherInnen. Bei der Skala *Suizid als Lösung* hatten PolInnen höhere Werte als ÖsterreicherInnen ($F = 4.53, MSE = 4.42, p < .05, \eta_p^2 = .02, f = .07$), polnische ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen hatten ähnliche Werte. Bei der Subskala *offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid* erzielten polnische ImmigrantInnen und PolInnen höhere Werte als ÖsterreicherInnen ($F = 15.69, MSE = 3.65, p < .001, \eta_p^2 = .07, f = .25$). Keinen signifikanten Effekte zeigte die Skala *Mitteilung von psychischen Problemen* ($F = 1.21, MSE = 4.37, p = .30, \eta_p^2 = .01, f = .21$).

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt des *Geschlechtes* ($V = .04, F(7, 438) = 2.65, p < .05, \eta_p^2 = .04, f^2 = .01$). Dies entspricht einem kleinen Effekt. Separate univariate ANOVA's zeigten auf zwei Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Kulturgruppen. In der Subskala *Akzeptanz von Suizid* ($F = 5.66, p < .05, \eta_p^2 = .01, f = .14$) und in der Subskala *Verheimlichen von suizidalem Verhalten* ($F = 14.49, p < .001, \eta_p^2 = .03, f = .10$) erzielten Männer signifikant höhere Werte als Frauen. Keine signifikanten

Ergebnisse zeigten die Subskalen *Suizid als Lösung* ($F = 2.96, p = .09, \eta_p^2 = .01, f = .23$), *offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid* ($F = .84, p = .36, \eta_p^2 = .00, f = .18$), *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod* ($F(1, 444) = .01, p = .91, \eta_p^2 = .00, f = .01$), *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit* ($F = .10, p = .75, \eta_p^2 = .00, f = .07$) und *Mitteilung von psychischen Problemen* ($F = .32, p = .57, \eta_p^2 = .00, f = .03$).

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen *Herkunft* und *Geschlecht* ($V = .07, F(14, 878) = 2.12, p < .01, \eta_p^2 = .03, f^2 = .01$). Dies entspricht einer kleinen Effektgröße. Separate univariate ANOVA's zeigten auf zwei Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Kulturgruppen. In der Subskala *Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit* erzielten in der Gruppe der ÖsterreicherInnen Männer niedrigere Werte als Frauen ($F = 4.16, p < .05, \eta_p^2 = .02, f = .08$). Auf der Skala *Suizid als Lösung* zeigten innerhalb der ÖsterreicherInnen und PolInnen Männer höhere Werte als Frauen ($F = 3.54, p < .05, \eta_p^2 = .02, f = .04$). Keine signifikanten Effekte gab es auf den Subskalen *Glaube an eine Bestrafung nach dem Tod* ($F(2, 444) = 1.72, p = .18, \eta_p^2 = .01, f = .05$), *Akzeptanz von Suizid* ($F = 1.14, p = .33, \eta_p^2 = .01, f = .14$), *Mitteilung psychischer Probleme* ($F = 2.40, p = .09, \eta_p^2 = .01, f = .13$), *Verheimlichen von suizidalem Verhalten* ($F = .66, p = .52, \eta_p^2 = .00, f = .27$), *offene Berichterstattung und Diskussion über Suizid* ($F = 1.02, p = .36, \eta_p^2 = .01, f = .07$).

3.7.3. Einstellung gegenüber einem suizidgefährdetem Freund

Hypothese 3 – „**PolInnen und polnische ImmigrantInnen weisen eine positivere Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auf als ÖsterreicherInnen**“ – wurde anhand von Unterschieden im Verhalten gegenüber einem suizidgefährdeten Freund mittels MANOVA über die Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* berechnet. Die abhängigen Variablen waren fünf Subskalen der RISF (*Soziale Akzeptanz, emotionale Beteiligung, Hilfe*

für den Suizidgefährdeten Freund, Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung und genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen werden in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6 Deskriptive Statistik über das Verhalten gegenüber einem imaginären suizidgefährdetem Freund (RISF)

	ÖsterreicherInnen (n = 149)			poln. MigrantInnen (n = 131)			PolInnen (n = 173)		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
soziale Akzeptanz	23.9 (3.7)	24.0 (3.7)	23.9 (3.7)	25.0 (2.8)	25.0 (2.4)	25.0 (2.6)	24.4 (3.6)	24.5 (4.6)	24.5 (4.1)
emotionale Beteiligung	11.1 (3.0)	11.7 (3.5)	11.4 (3.3)	13.5 (3.3)	14.3 (2.8)	13.9 (3.1)	15.3 (4.0)	16.8 (4.4)	16.1 (4.3)
Hilfe für den Suizidgefährdeten Freund	13.8 (2.9)	13.0 (3.1)	13.4 (3.0)	12.6 (3.1)	14.2 (3.4)	13.4 (3.3)	13.5 (3.7)	14.0 (3.6)	13.7 (3.6)
Abneigung gegen Bekanntgabe der Suizidgefährdung	7.6 (1.5)	6.8 (2.2)	7.2 (1.9)	7.4 (1.9)	7.7 (1.2)	7.5 (1.6)	8.4 (1.2)	7.6 (1.8)	8.0 (1.6)
Genaues ermitteln des suizidalen Verhaltens	3.5 (1.5)	3.4 (1.9)	3.5 (1.7)	4.4 (2.3)	4.7 (1.8)	4.5 (2.1)	6.1 (1.8)	6.1 (2.1)	6.1 (1.9)

n = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung;

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in allen fünf Gruppen signifikante Ergebnisse. Der Box's Test war signifikant. Der Levene's Test war in allen Skalen, außer der Subskala Hilfe für den Suizidgefährdeten Freund, signifikant.

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Herkunft* ($V = .42$, $F(10, 886) = 23,20$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .21$, $f^2 = .09$). Die Effektgröße entsprach einem mittleren Effekt. Separate univariate ANOVA's zeigten auf vier Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Kulturgruppen. In der Subskala *soziale Akzeptanz* ($F(2, 446) = 3.09$, $MSE = 12.96$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .12$) hatten polnische ImmigrantInnen signifikant höhere Werte als ÖsterreicherInnen ($p < .05$). PolInnen unterschieden sich nicht von ÖsterreicherInnen ($p = .46$). In der Skala *emotionale Beteiligung* ($F = 66.84$, $p < .001$, $MSE = 12.93$, $\eta_p^2 = .23$, $f = .01$) hatten PolInnen und polnische ImmigrantInnen signifikant

höhere Werte als ÖsterreicherInnen (beide p s < .001). Bei der Skala *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ($F = 9.77$, $MSE = 2.75$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .04$, $f = .55$) zeigten PolInnen signifikant höhere Werte als ÖsterreicherInnen ($p < .001$). Polnische ImmigrantInnen hatten ähnliche Werte wie ÖsterreicherInnen ($p = .34$). Die Skala *genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens* ($F = 80.67$, $MSE = 3.65$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .27$, $f = .14$) zeigte, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen höhere Werte als ÖsterreicherInnen erzielten (beide p 's < .001). Es gab keinen signifikanten Effekt für die Skala *Hilfe für den Suizidgefährdeten Freund* ($F = .55$, $MSE = 11.11$, $p = .56$, $\eta_p^2 = .00$, $f = .01$).

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt des *Geschlechts* ($V = .04$, $F(5, 442) = 3.46$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .04$, $f^2 = .01$). Dies entsprach einer kleinen Effektgröße. Separate univariate ANOVA's zeigten einen signifikanten Effekt bei zwei Subskalen. Auf der Subskala *emotionale Beteiligung* ($F(1, 446) = 8.8$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .02$, $f = .05$) erzielten Männer signifikant höhere Ergebnisse als Frauen. Bei der Subskala *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* ($F = 6.87$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .02$, $f = .14$) hatten Frauen höhere Werte als Männer. Die Werte von Männer und Frauen waren auf den Subskalen *soziale Akzeptanz* ($F = .07$, $p = .79$, $\eta_p^2 = .00$, $f = .05$), *Hilfe für den Suizidgefährdeten Freund* ($F = 1.66$, $p = .20$, $\eta_p^2 = .00$, $f = .06$) und *genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens* ($F = .17$, $p = .68$, $\eta_p^2 = .00$, $f = .20$) ähnlich.

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt der Interaktion zwischen *Herkunft* und *Geschlecht* ($V = .05$, $F(10, 886) = 2.25$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .03$, $f^2 = .01$). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. Separate univariate ANOVA's zeigten signifikante Werte für die Subskalen *Hilfe für den suizidgefährdeten Freund* ($F = 4.65$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .02$, $f = .60$). Hier hatten innerhalb der polnischen ImmigrantInnen Männer signifikant höhere

Werte als Frauen. Auch zeigten sich in der Skala *Abneigung gegen die Bekanntgabe einer Suizidgefährdung* signifikante Werte ($F = 5.24, p < .05, \eta_p^2 = .02, f = .02$). Hier hatten innerhalb der Gruppe ÖsterreicherInnen und innerhalb der Gruppe PolInnen Frauen signifikant höhere Werte als Männer. Keine signifikante Interaktionen gab es für die *soziale Akzeptanz* ($F = .02, p = .98, \eta_p^2 = .00, f = .12$), *emotionale Beteiligung* ($F = .67, p = .51, \eta_p^2 = .00, f = .15$) und *genaues Ermitteln des suizidalen Verhaltens* ($F = .33, p = .72, \eta_p^2 = .00, f = .04$).

3.7.4. Ursachen für Suizid

Um Hypothese 4 – „PolInnen und polnische ImmigrantInnen weisen höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen des Suizides auf, als ÖsterreicherInnen“ – überprüfen zu können, wurde die Berechnung der Unterschiede im Glauben an die Ursachen für Suizid mittels einer MANOVA mit den Faktoren *Kultur* und *Geschlecht* durchgeführt. Die abhängigen Variablen waren drei Subskalen der ACCS (Subskala *intrapsychische Ursachen*, Subskala *interpersonelle Ursachen* und Subskala *soziale Ursachen*). Berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen werden in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7 Deskriptive Statistik für den Glauben an die Ursachen für Suizid (ACCS)

	ÖsterreicherInnen (n = 152)			poln. MigrantInnen (n = 133)			PolInnen (n = 176)		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
intrapsychische Ursachen	1.4 (5.3)	2.5 (5.4)	1.9 (5.4)	-0.4 (5.9)	-0.5 (6.0)	-0.2 (5.9)	2.1 (5.9)	3.4 (5.7)	2.7 (5.8)
intrapersonelle Ursachen	-1.5 (5.2)	-0.6 (4.8)	-0.7 (5.6)	0.1 (5.4)	-1.6 (5.7)	-0.2 (5.2)	-0.6 (4.9)	0.3 (5.5)	-0.2 (5.2)
soziale Ursachen	-3.3 (6.4)	-1.7 (5.2)	-2.6 (5.9)	-2.2 (5.5)	-1.7 (6.5)	-1.9 (6.0)	-1.4 (5.8)	0.3 (5.9)	-0.5 (5.9)

n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab für die Subskala *intrapsychische Ursachen* für alle drei Kulturgruppen signifikante Ergebnisse. Für die Subskala *interpersonelle Ursachen*

waren nur die Werte der ÖsterreicherInnen normal verteilt. Bei der Subskala *soziale Ursachen* war nur die Gruppe PolInnen signifikant. Der Box's Test als auch der Levene's Test waren nicht signifikant.

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt der *Herkunft* ($V = .07$, $F(6, 908) = 5.11$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .03$, $f^2 = .02$). Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt. Separate univariate ANOVA's zeigten signifikante Ergebnisse bei der Subskala *intrapsychische Ursachen* ($F(2, 455) = 10.89$, $MSE = 32.36$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .05$, $f = .22$). Hier hatten polnische ImmigrantInnen die niedrigsten Werte. PolInnen und ÖsterreicherInnen unterschieden sich nicht. In der Subskala *soziale Ursachen* ($F(2, 455) = 4.91$, $MSE = 35.00$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .02$, $f = .15$) zeigten PolInnen höhere Werte als ÖsterreicherInnen. Polnische ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen unterschieden sich nicht. Die Subskala *interpersonelle Ursachen* zeigte keine signifikanten Ergebnisse ($F(2, 455) = 1.26$, $MSE = 27.37$, $p = .28$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .07$). Polnische ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen hatten ähnliche Werte.

Pillai's Trace zeigte einen signifikanten Haupteffekt des Geschlechts ($V = .02$, $F(3, 453) = 2.87$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .02$, $f^2 = .01$). Die Effektgröße entsprach einem kleinen Effekt. Laut Berechnung von univariaten ANOVA's war das Geschlecht nur in der Subskala *soziale Ursachen* signifikant ($F(1, 455) = 5.54$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .11$). Männer erzielten höhere Werte als Frauen. Die Subskala *intrapsychische Ursachen* ($F(1, 455) = 1.69$, $p = .19$, $\eta_p^2 = .00$, $f = .06$) und die Subskala *interpersonelle Ursachen* ($F(1, 455) = 5.54$, $p = .93$, $\eta_p^2 = .00$, $f = .00$) zeigte keine signifikanten Effekte.

Pillai's Trace zeigte keinen signifikanten Effekt der Interaktion zwischen *Herkunft* und *Geschlecht* ($V = .01$, $F(6, 908) = 25.88$, $p = .36$, $\eta_p^2 = .01$, $f^2 = .00$).

3.7.5. Glaube an genetische Ursachen von Suizid

Die Ergebnisse zu Hypothese 5 – „**ÖsterreicherInnen und polnische ImmigrantInnen erzielen ähnliche Ergebnisse im Glauben an den Einfluss genetischer**

Faktoren auf Suizid“ – wurden mittels einer zweifaktoriellen ANOVA berechnet. Die Mittelwerte und Standardabweichungen werden in der Tabelle 8 notiert.

Tabelle 8 Deskriptive Statistik für den Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid (BIRFFS)

	ÖsterreicherInnen (<i>n</i> = 158)	poln. MigrantInnen (<i>n</i> = 135)	PolInnen (<i>n</i> = 185)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Frauen	9.8 (4.2)	8.2 (3.5)	8.6 (3.0)
Männer	11.2 (4.5)	8.0 (1.8)	9.4 (3.6)
Total	10.4 (4.4)	8.1 (2.8)	9.0 (3.4)

N = 478; *n* = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in allen drei Kulturgruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war signifikant.

Es gab einen signifikanten Effekt der *Herkunft* ($F(2, 472) = 16.34$, $MSE = 12.84$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .07$, $f = .26$). Die Effektgröße entspricht einem mittleren Effekt. Post Hoc Tests zeigten, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen signifikant niedrigere Werte hatten als ÖsterreicherInnen. PolInnen und polnische ImmigrantInnen unterschieden sich nicht signifikant.

Es gab einen signifikanten Effekt des *Geschlechts* ($F(1, 472) = 4.52$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .10$). Männer erzielten signifikant höhere Werte als Frauen. Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt.

Der Interaktionseffekt zwischen *Herkunft und Geschlecht* war nicht signifikant ($F(2, 472) = 1.79$, $p = .17$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .08$). Dennoch ergaben univariate *F*-Tests, dass innerhalb der Gruppe der ÖsterreicherInnen, Männer signifikant höhere Werte hatten als Frauen ($F(1,472) = 6.31$, $p < .01$). Innerhalb der Gruppe der polnischen ImmigrantInnen ($F = .06$, $p = .81$) und der Gruppe der PolInnen ($F = 2.44$, $p = .12$) hatten Männer und Frauen ähnliche Werte.

3.7.6. Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe

Die Hypothesen 6a – „PolInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als ÖsterreicherInnen“ – und 6b – „Polnische ImmigrantInnen unterscheiden sich im Bezug auf die Bereitschaft der Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe nicht von ÖsterreicherInnen“ – wurden mittels einer zweifaktoriellen ANOVA berechnet. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 9 notiert.

Tabelle 9 Deskriptive Statistik der Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (ATSPPH-SF)

	ÖsterreicherInnen (n = 155)	poln. MigrantInnen (n = 133)	PolInnen (n = 178)
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Frauen	15.8 (5.4)	16.2 (3.9)	15.7 (4.6)
Männer	16.1 (4.6)	16.0 (5.0)	13.7 (4.0)
Total	16.0 (5.0)	16.1 (3.5)	14.7 (4.4)

N = 478; n = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab in allen drei Kulturgruppen signifikante Ergebnisse. Der Levene's Test war signifikant.

Es gab einen signifikanten Haupteffekt der *Kultur* auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen ($F(2, 460) = 5.27$, $MSE = 18.89$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .02$, $f = .15$). Die Effektstärke entspricht einem kleinen Effekt. Post Hoc Tests zeigten, dass PolInnen im Vergleich zu ÖsterreicherInnen signifikant niedrigere Werte erzielten. Die Werte der ÖsterreicherInnen und polnischen ImmigrantInnen unterschieden sich nicht.

Der Effekt des *Geschlechts* war nicht signifikant ($F(1, 460) = 2.29$, $p = .13$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .07$).

Der Interaktionseffekt zwischen *Kultur* und *Geschlecht* war signifikant ($F(2, 460) = 3.10$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .01$, $f = .12$). Die Effektgröße entspricht einem kleinen Effekt.

Univariate F-Tests zeigten, dass Männer innerhalb der Gruppe der PolInnen eine signifikant niedrigere Bereitschaft hatten professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als Frauen ($F(1, 460) = 8.89, p < .01$). Männer und Frauen innerhalb der Gruppe ÖsterreicherInnen ($F = .22, p = .64$) und der Gruppe polnischen ImmigrantInnen ($F = .09, p = .76$) zeigte ähnliche Werte.

Für die Prüfung von Hypothese 7 – „**Religiosität hat einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen**“ – wurde eine multiple Regression berechnet. Die Prädiktoren waren *Geschlecht, Alter, Bildung* und *Religiosität*, die mit der SBI-15R-D gemessen wurde. Um die unabhängigen Variablen einzuschließen, wurde die blockweise Regressionsanalyse gerechnet. Die abhängige Variable war die Summe der ATSPPH-SF. Die Ergebnisse sind für jede Kulturgruppe in Tabelle 10 beschrieben.

Die Prüfung der Multikollinearität durch die Werte der VIF und der Toleranz als auch der Korrelationen ergab, dass in allen drei Gruppen keine starken Korrelationen unter den Prädiktoren und dementsprechend keine Multikollinearität vorlag. Die Analyse der Residuen ergab keine Ausreißer. Durch die Betrachtung der Residuen in allen drei Gruppen, die eine lineare Beziehung aufwiesen, konnte angenommen werden, dass keine Heteroskedastizität vorlag.

Als Ganzes betrachtet, waren demographische Variablen für die Gruppe der ÖsterreicherInnen und für die Gruppe der PolInnen signifikante Prädiktoren der Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei den polnischen ImmigrantInnen waren die Variablen nicht signifikant. Die Prädiktoren der österreichischen Kulturgruppe erklärten 8% der Varianz. Bei der polnischen Kulturgruppe betrug der Varianzanteil 16%.

Tabelle 10 Prädiktoren der Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (ATSPPH-SF)

	ÖsterreicherInnen (n = 151)				poln. MigrantInnen (n = 130)				PolInnen (n = 171)			
	B	SE B	β	t	B	SE B	β	t	B	SE B	β	t
Geschlecht	-0.76	0.82	-0.08	-0.93	-0.12	0.63	-0.02	-0.20	1.94	0.63	0.23	3.07**
Alter	-0.07	0.04	-0.16	-1.85	-0.08	0.05	-0.14	-1.62	-0.03	0.03	-0.08	-1.02
Bildungsgrad	0.60	0.26	0.20	2.34*	0.27	0.21	0.12	1.26	0.68	0.17	0.28	3.91***
Religiosität	0.01	0.03	0.03	0.38	0.01	0.03	0.04	0.38	0.02	0.03	0.04	0.60
	R = 0.27				R = 0.19				R = 0.38			
	R ² = 0.08				R ² = 0.04				R ² = 0.14			
	Adjusted R ² = 0.05				Adjusted R ² = 0.00				Adjusted R ² = 0.12			
	F = 2.97*				F = 1.12				F = 6.94***			
	f ² = 0.08				f ² = 0.08				f ² = 0.16			

***P < 0.05; **P < 0.01; *P < 0.001; R = multipler Korrelationskoeffizient; R² = Bestimmtheitsmaß; Adjusted R² = korrigiertes Bestimmtheitsmaß; F = F-Test; f² = Effektgröße; SE B = Standardfehler der Schätzung

Die Ergebnisse der multiplen Regressionen zeigten bei den ÖsterreicherInnen einen kleinen Effekt. Der Prädiktor für eine positive Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen war die Variable Anzahl der Bildungsjahre. Mittelwerte zeigten, dass Personen mit einer höheren Anzahl an Bildungsjahren, höhere Werte in der ATSPPH-SF hatten. Berechnungen der Mittelwerte ergaben folgende Werte. Pflichtschule ($M = 13.50$, $SD = 0.71$), Lehre, Berufsschule ($M = 15.92$, $SD = 4.36$), mittlere Schule ohne Matura ($M = 14.89$, $SD = 5.35$), AHS, BHS mit Matura ($M = 15.29$, $SD = 5.40$) und Universität, Fachhochschule ($M = 18.29$, $SD = 4.29$).

In der Gruppe der PolInnen erwiesen sich die Variablen *Geschlecht* und *Anzahl an Bildungsjahren* als signifikante Prädiktoren. Hier wurde ein mittlerer Effekt berechnet. Männer ($M = 13.71$, $SD = 0.47$) hatten geringere Werte als Frauen ($M = 15.65$, $SD = 0.45$). Mittelwerte zeigten, dass Personen mit einer höheren Anzahl an Bildungsjahren, höhere Werte in der ATSPPH-SF hatten. Berechnungen der Mittelwerte für Pflichtschule ($M = 12.20$, $SD = 3.11$), Lehre, Berufsschule ($M = 13.76$, $SD = 4.71$), mittlere Schule ohne Matura ($M = 11.92$, $SD = 3.88$), AHS, BHS mit Matura ($M = 14.09$, $SD = 4.23$), polnisches Kolleg

($M = 15.54$, $SD = 4.27$) und Universität, Fachhochschule ($M = 15.54$, $SD = 4.27$) wurden durchgeführt.

Diskussion

4.1. Religiosität der Kulturgruppen

Interkulturelle Untersuchungen von Einflüssen auf suizidales Verhalten tragen nicht nur zu einem besseren Verständnis der unterschiedlichen Suizidraten der Ländern bei, sondern helfen präventiv gegen suizidales Verhalten anzukämpfen. Während die Suizidrate in Österreich geringer ist als in Polen, zeigt sich in beiden Ländern mit steigendem Alter ein Aufwärtstrend der Suizidzahlen. Vor allem ab dem 65. Lebensjahr steigen in Österreich die Suizidraten an, während sie in Polen sinken.

Als ein Grund für niedrige Suizidraten wurden religiösen Überzeugungen angenommen, die in Zeiten von Krisen vor dem Suizid bewahren und sich förderlich auf zwischenmenschliche Beziehungen innerhalb der Gläubigen auswirken (Eskin, 2004). Levin und Taylor (1997) stellten fest, dass die Frequenz des Betens mit der Höhe des Alters steigt. Um den Grad der religiösen Überzeugungen zwischen den Kulturen zu messen, wurde die erste Hypothese formuliert. **Die erste Hypothese besagte, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen religiöser sind und öfters in die Kirche gehen als ÖsterreicherInnen.** Die Daten unterstützten diese Vorhersage. PolInnen und polnische ImmigrantInnen hatten höhere religiösere Überzeugungen und fanden auch eine höhere soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft als ÖsterreicherInnen. Auch gingen PolInnen und polnische ImmigrantInnen häufiger in die Kirche als ÖsterreicherInnen. Beide Ergebnisse erreichten eine hohe Effektgröße und glichen den Informationen der kirchlichen Statistiken beider Länder (Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego, 2010; Katholische Kirche in Österreich, 2010).

Entgegen den Kirchenstatistiken und den Ergebnissen von Albani et al. (2001), konnte diese Untersuchung nicht bestätigen, dass Frauen höhere religiösere Überzeugungen und eine höhere soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft fanden als Männer. In den Gruppen PolInnen und ÖsterreicherInnen hatten beide Geschlechter ähnliche Werte. Die

Männer der polnischen ImmigrantInnen erzielten mit einer kleinen Effektgröße bei den religiösen Überzeugungen und einer mittleren Effektgröße beim Kirchgang höhere Werte als Frauen.

4.2. Einstellung zu Suizid und einem suizidgefährdetem Freund gegenüber

Aufbauend auf der Stigma-Hypothese von Eskin (1992), die besagt, dass sich Länder mit höheren Suizidraten durch liberale Einstellungen zu Suizid, aber durch stigmatisierende und ablehnende Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auszeichnen, wurde die zweite und die dritte Hypothese formuliert. **Die zweite Hypothese besagt, dass ÖsterreicherInnen tolerantere Einstellungen zu Suizid haben, als PolInnen und polnische ImmigrantInnen.** Die Ergebnisse der Auswertung konnten diese Hypothese mit einer kleinen Effektstärke bestätigen. ÖsterreicherInnen tolerieren Suizid eher als PolInnen und polnische ImmigrantInnen und sahen Suizid eher als ein Zeichen psychischer Krankheit an (kleine Effektgröße). Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Eskin et al. (2011) überein. Auch Etzersdorfer, Vijayakumar, Schony, Grausgruber und Sonneck (1998) fanden, dass ÖsterreicherInnen eine liberale Einstellung zu Suizid hatten. PolInnen und polnische ImmigrantInnen glaubten daran, dass Personen die Suizid begehen nach dem Tod bestraft werden (große Effektstärke). Das war aufgrund der hohen Religiosität der polnischen Kultur zu erwarten und kann ein Grund dafür sein, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen weniger Suizide begehen. PolInnen und polnische ImmigrantInnen hatten den Wunsch in der Gesellschaft offener über das Thema Suizid zu sprechen (mittlerer Effekt). PolInnen waren als einzige Kulturgruppe eher dazu bereit, suizidales Verhalten zu verheimlichen (kleiner Effekt) und Suizid als Lösung zu sehen (kleiner Effekt). Die Angst vor der Bestrafung nach dem Tod und das Verheimlichen von suizidalen Verhalten sprechen für die niedrigeren Suizidraten bei Polinnen. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit Ergebnissen von österreichischen und

türkischen StudentInnen (Eskin et al., 2011). Widersprüchlich zu bisherigen Ergebnissen von religiösen Kulturen (Eskin, 2004) sahen PolInnen Suizid eher als Lösung an.

Ein weiterer Grund für niedrige Suizidraten, kann abgeleitet von der Stigma-Hypothese, die soziale Unterstützung von Freunden sein. Bezogen auf die niedrigeren Suizidraten bei älteren PolInnen und polnischen ImmigrantInnen wurde die dritte Hypothese formuliert. **Die dritte Hypothese besagt, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen positivere Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund aufweisen als ÖsterreicherInnen.** Die Hypothese konnte nur für polnische ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen bestätigt werden. Während polnische ImmigrantInnen eine höhere Akzeptanz gegenüber einem Suizidgefährdeten hatten, zeigten PolInnen keinen Unterschied zu ÖsterreicherInnen, die weniger soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdetem Freund zeigten (kleiner Effekt). PolInnen und polnische ImmigrantInnen waren bereit sich emotional mit einem suizidgefährdetem Freund und dessen Entscheidung auseinander zu setzen (kleiner Effekt). Diese Ergebnisse wurden auch bei religiösen türkischen jungen Erwachsenen (Eskin, 2004), als auch bei interkulturellen Vergleichen von schwedischen und türkischen StudentInnen gefunden (Eskin, 1995; Eskin et al., 2011). PolInnen und polnische ImmigrantInnen zeigten Interesse an der suizidgefährdeten Person und ermittelten die Gründe des suizidalen Verhaltens genau (kleiner Effekt). Zusätzlich zeigten Polinnen als einzige Gruppe ein hohes Missfallen der Bekanntgabe suizidalen Verhaltens (großer Effekt).

Mit der Stigma-Hypothese und den Erwartungen der Untersuchung übereinstimmend, hatten ÖsterreicherInnen liberale Einstellungen zu Suizid, aber eine niedrigere soziale Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund. Polnische ImmigrantInnen zeigten eine ablehnende Einstellung zu Suizid aber eine höhere soziale Akzeptanz einem Suizidgefährdeten gegenüber. Hier kann die soziale Unterstützung, die als einer der strengsten protektiven Faktoren angesehen wird (Cole et al., 1992), als Prävention für Suizid eine große

Rolle spielen. Widersprüchliche Ergebnisse zeigten sich bei den PolInnen. PolInnen hatten eine ablehnende Haltung zu Suizid und eine niedrigere soziale Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber. Somit können die Ergebnisse von Eskin (2004), dass religiösere Personen eine höhere Akzeptanz gegenüber suizidgefährdeten Personen aufweisen, nicht bestätigt werden. Wobei diese Inkongruenz darauf zurückgehen kann, dass Eskin (2004) einerseits Jugendliche befragte und hier eine Stichprobe untersucht wird, die über 50 Jahre alt ist und andererseits TürkInnen einer anderen Religion, dem Islam, angehören.

Darüber hinaus waren PolInnen sehr überrascht darüber, dass ein Freund Ihnen suizidales Verhalten anvertraut. PolInnen bevorzugten es, suizidales Verhalten vor einem Bekanntenkreis zu verheimlichen und sehen Suizid eher als Lösung an. Diese Ergebnisse deuten darauf, dass in Polen Suizid ein sehr tabuisiertes Thema ist und dass, aufgrund der stigmatisierenden Haltung der Gesellschaft, Probleme innerhalb der Familie bleiben und nach außen hin verschwiegen werden. Diese Ergebnisse sind ein Gegensatz zu den Behauptungen von Durkheim (1951) und Pescosolido (1990), die besagten, dass das Gefühl der Integration und die Vernetzung durch gemeinschaftliche Verbindungen und informelle Beziehungen bei gleicher religiöser Überzeugung gestärkt werden. Möglicherweise wird das Verheimlichen von suizidalem Verhalten in der Familie von dem Verbot einer kirchlichen Bestattung für Suizidopfer und der Tabuisierung und Pönalisierung von Suizidalität im christlichen Glauben, unterstützt.

Polinnen sehen Suizid als Lösung an. Die Einstellung der PolInnen könnte dadurch erklärt werden, dass durch die Abneigung suizidales Verhalten bekannt zu geben und durch die geringe Akzeptanz von Suizidgefährdeten das Gefühl des Alleinseins und der Hilfslosigkeit noch verstärkt wird. Suizidgefährdete PolInnen könnten lieber Suizid begehen, bevor sie sich an Freunde wenden und Scham und Schande über ihre Familien bringen. Dazu

passend ist der deutliche Wunsch von PolInnen, das Thema Suizid offener in der Gesellschaft zu diskutieren.

Die Akzeptanz Suizid als Lösung zu sehen, steht im Widerspruch zu den niedrigeren Suizidraten der PolInnen. Erklärungen zu diesem Widerspruch könnten die Hilfestellung von Familienverbänden oder der Griff zum Alkohol, sein. Personen können einerseits die Einstellung haben, Suizid als letzten Ausweg von Problemen zu sehen, aber andererseits, falls eine Suizidgefährdung vorliegt, verstärkt Hilfe von der Familie bekommen. Auch kann es sein, dass Personen zwar Suizid als letzten Ausweg von Problemen sehen, diesen aber aufgrund von möglichen negativen Folgen für die Familie nicht ausführen und in den Alkoholismus flüchten. Diese Personen sterben schließlich nicht aufgrund von suizidalem Verhalten sondern aufgrund von übermäßigem Alkoholkonsum und dessen Folgeerkrankungen. Lesch (1985) hat beobachtet, dass 23% der Alkoholkranken in einer Langzeitstudie von vier bis sechs Jahren verstorben sind. Wobei 3% Suizid begingen, 1.8% einer akuten Alkoholvergiftung, 13.8% an einer Folgeerkrankung und 4.6% an einer anderen Erkrankung erlagen. Eine niedrige Suizidrate könnte in Polen in Zusammenhang mit einem höheren Alkoholmissbrauch stehen. In Polen waren im Jahr 2004 7.9% der polnischen Bevölkerung alkoholsüchtig (WHO, 2004). In Österreich gab es vergleichsweise im Jahr 2008 15.880 Menschen mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit, das waren 0.2% der Bevölkerung (Bundesministerium für Gesundheit, 2011).

4.3. Ursachen für Suizid

Entstehungstheorien für Suizid sind wichtig, um suizidales Verhalten in den einzelnen Kulturen besser zu verstehen. Folglich wurde nächste Hypothese aufgestellt und untersucht.

Die vierte Hypothese besagt, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen höhere Werte auf der Subskala intrapsychische Ursachen des Suizides aufweisen als ÖsterreicherInnen. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Polnische

ImmigrantInnen glaubte am wenigsten an intrapsychische Ursachen für Suizid, dagegen ähnelten sich PolInnen und ÖsterreicherInnen auf dieser Skala (mittlerer Effekt). Dieses Ergebnis spricht gegen bisherige Untersuchungen, in denen hohe Religiosität mit der Skala interpsychische Ursachen positiv korrelierte (Loibl et al., 2008). Ergebnisse dieser Untersuchung in der Subskala Suizid als ein Zeichen psychischer Krankheit unterstützen die Hypothese nur teilweise, da polnische ImmigrantInnen am wenigsten Suizid als Zeichen psychischer Krankheit sahen. Inkonsistenzen in den Ergebnissen könnten dadurch erklärt werden, dass die Variablen Unterschiedliches messen.

PolInnen glauben am stärksten an gesellschaftliche Ursachen von Suizid (mittlerer Effekt). Dieses Ergebnis passt zu den Einstellungen der PolInnen, Suizid nicht zu akzeptieren und suizidales Verhalten in der Familie vor den Nachbarn zu verstecken, sowie überrascht zu sein, wenn suizidales Verhalten von einem Freund enthüllt wird und Suizid als Lösung für manche Probleme zu sehen und dem Wunsch, Suizid offener mit Freunden oder in Medien zu diskutieren. Diese Zusammenhänge sollten genauer erforscht werden.

4.4. Glaube an genetische Ursachen von Suizid

Eine weitere Möglichkeit unterschiedliche Suizidraten zu erklären, ist der Einfluss von biologischen Faktoren. Obwohl der Einfluss der Genetik in vielen Studien belegt wurde, ist das Wissen darüber begrenzt. **Die fünfte Hypothese besagt, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen ähnliche Ergebnisse wie ÖsterreicherInnen im Glauben an den Einfluss genetischer Faktoren auf Suizid erzielen.** Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. ÖsterreicherInnen glauben, mit einem mittleren Effekt, im Vergleich zu den polnischen ImmigrantInnen und PolInnen, viel eher an genetische Faktoren von Suizid. Dieses Ergebnis ist mit anderen Ergebnissen, in denen es keine kulturellen Unterschiede gab, inkonsistent (Voracek, 2007b; Voracek & al., 2008a). Das kann darauf zurückgeführt werden, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen, beeinflusst durch die römisch-katholische

Kirche, die naturwissenschaftliche Methoden der Psychiatrie und Psychologie heutzutage noch immer mehrheitlich ablehnen. Keinen Einfluss des Geschlechts gab es in der Gruppe der ÖsterreicherInnen und PolInnen. Keine Geschlechterunterschiede konnten schon mehrmals beobachtet werden (Kölves et al. 2007; Voracek & al., 2007a; Voracek & Sonneck, 2006). Einen minimalen Geschlechtereffekt gab es bei den polnischen ImmigrantInnen. Männer glaubten eher an genetische Faktoren als Frauen. Da dieser Effekt sehr klein ist, kann er vernachlässigt werden. Bis dato zeigten nur kanadische StudentInnen mit einem minimalen Unterschied höhere Werte bei Männern (Voracek et al., 2008a). Um eine Stigmatisierung von Suizid vorzubeugen, könnte nicht vorhandenes Wissen über die Genetik des Suizides verstärkt im Lehrplan von Schulen oder in Fachliteratur von MedizinerInnen inkludiert werden.

4.5. Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe

Da Personen sich aufgrund von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit das Leben nehmen, brauchen gerade diese Personen nicht nur Unterstützung vom sozialen Umfeld, sondern auch eine professionelle Betreuung durch PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen. In diesem Zusammenhang wird die Bereitschaft, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, untersucht. Hypothese 6a lautet **PolInnen weisen eine niedrigere Bereitschaft auf professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen als ÖsterreicherInnen**. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. PolInnen hatten die geringste Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier zeigte sich allerdings nur ein kleiner Effekt. Hypothese 6b lautet **polnische ImmigrantInnen unterscheiden sich im Bezug auf die Bereitschaft der Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe nicht von ÖsterreicherInnen**. Diese Hypothese konnte ebenfalls bestätigt werden. ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen unterschieden sich nicht voneinander. Unterstützung der Ergebnisse finden sich in Studien von Elhai et al. (2008) und Sheik und Furnham (2000) wieder, in denen keine Unterschiede

zwischen EinwohnerInnen eines Landes mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund gefunden wurden.

Um zu erforschen wie stark der Einfluss verschiedener Variablen wie Geschlecht, Alter, Bildung und Religiosität in der Bildung einer positiven Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen ist, wurde Hypothese sieben erstellt. **Hypothese sieben besagt, dass Religiosität einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, hat.** Die Analyse der Daten konnte diese Hypothese nicht bestätigen. Dies spricht gegen die Ergebnisse von Sheik und Furnham (2000), die bei Christen eine positiver Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen fanden, als bei Personen ohne Bekenntnis. Dies kann aber daran liegen, dass die Religionszugehörigkeit wenig über religiöse und spirituelle Überzeugungen aussagt. Bildung und Geschlecht erklärten bei PolInnen 14% der Varianz und erbrachten mittlere Effekte. Ähnliche Ergebnisse lieferten Fischer und Turner (1970) und Sheik und Furnham (2000). Bei ÖsterreicherInnen gab es nur einen kleinen Effekt der Bildung, hier wurden nur acht Prozent der Varianz erklärt. Bei polnischen ImmigrantInnen gab es gar keinen Einfluss der Variablen. Ähnliche Ergebnisse bei einer Studie von Fung und Wong (2007), die Prädiktoren bei ImmigrantInnen untersuchten und feststellten, dass Alter und Bildung keine signifikanten Faktoren waren, unterstützen die Theorie. Da lediglich nur ein kleiner Teil der Varianz erklärt werden konnte, sollen in Zukunft andere Prädiktoren erhoben werden. Mögliche Prädiktoren, die auf die durchgeführten Untersuchungen Einfluss hatten, sind subjektive Entstehungstheorien von Erkrankungen (Sheik & Furnham, 2000), Zugang zu psychosozialen Institutionen (Fung & Wong, 2007) oder soziale Stigmatisierung psychosozialer Einrichtungen (Deane & Todd, 1996).

4.6. Limitierungen

Obwohl durch die gewonnenen Ergebnisse mögliche Erklärungen für Unterschiede in der Höhe der Suizidraten zwischen PolInnen, polnischen ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen gefunden wurden und neue Ansatzpunkte für weitere Untersuchungen aufgestellt wurden, gibt es einige Einschränkungen der Studie.

Die Ergebnisse der Studie sind in ihrer Generalisierbarkeit begrenzt. ÖsterreicherInnen und PolInnen waren nicht repräsentativ für die Population, da ÖsterreicherInnen und PolInnen besser gebildet waren. Weiter`s wurden auch Unterschiede in den Variablen Kirchengang und religiöse und spirituelle Einstellungen gefunden, bei denen in der Gruppe der polnischen ImmigrantInnen Männer, entgegen Statistiken und vorausgehenden Studien, höhere Werte hatten als Frauen. Außerdem können dadurch, dass nur Personen ab dem 50. Lebensjahr befragt wurden, die Ergebnisse nicht auf die gesamte Population generalisiert werden.

Um gute Vergleiche zwischen den Gruppen zu tätigen, muss auf die zweckmäßige, begriffliche und metrische Gleichheit der Gruppen geachtet werden. In der Gruppe der polnischen Immigrantinnen wurden geringe interne Konsistenz in der BIRFSS und der ATSPPH-SF berechnet. Der Grund für diese unterschiedlichen Werte kann darin liegen, dass interne Konsistenzen ein Maß dafür sind, wie konsistent die Antworten der Items innerhalb einer Stichprobe sind. In weiteren Studien mit dieser Populationsgruppe wird vor der Anwendung der Fragebögen eine Berechnung von Faktorenanalyse und Itemtrennschärfen empfohlen, um etwaige ungeeignete Items für die Berechnungen auszuschließen.

Da die Datensammlung nicht nur von der Untersucherin selbst durchgeführt wurde, könnte eine weitere Einschränkung die soziale Erwünschtheit der Antworten sein. Dies wurde dadurch versucht zu unterbinden, indem zugesichert wurde, dass die Anonymität der Personen gewährleistet wird. Einige Erhebungsinstrumente, wie zum Beispiel die BIRFSS und die

ACCS (Voracek & al., 2007; Voracek & al., 2008a) sind frei von Effekten der sozialen Erwünschtheit.

Dennoch sollten die Ergebnisse dieser Untersuchung mit Bedacht interpretiert bzw. verwendet werden.

4.7. Möglichkeiten zukünftiger Untersuchungen

Es gab inkonsistente Funde zur Stigma-Hypothese, die besagten, dass sich Länder mit höheren Suizidraten durch liberale Einstellungen zu Suizid, aber durch stigmatisierende und ablehnende Einstellungen gegenüber einem suizidgefährdeten Freund auszeichnen. PolInnen hatten nicht nur eine geringere Akzeptanz zum Suizid sondern auch eine geringe Akzeptanz gegenüber einem suizidgefährdeten Freund. Aufgrund von bisherigen Untersuchungen scheinen religiöse und spirituelle Einstellungen einen Einfluss auf die Akzeptanz von Suizid zu haben. Bei der Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber gab es inkonsistente Funde. Untersuchungen, ob Religiosität als Prädiktor dient und wie groß dieser Einfluss ist sollten fortgeführt werden, um eindeutige Ergebnisse zu bekommen. Der Zusammenhang von niedrigen Suizidraten und familiärer Hilfeleistung bei Suizidgefährdung und die Rolle des Alkoholkonsums bei der Überwindung von Krisen sind Ansätze für weitere Forschung.

Abweichungen der Einstellungen der polnischen ImmigrantInnen von den Einstellungen der PolInnen wäre eine weitere Untersuchungsmöglichkeit. Möglich wäre ein Einfluss der Akkulturation auf interessierende Variablen. Akkulturation als Prozess, in dem Individuen Normen und Werte der dominanten Gruppe übernehmen, gesehen wird (Kim & Abreu, 2001).

Der Glaube an genetische Faktoren von Suizid der jüngeren Generation in den Gruppen PolInnen und polnischen ImmigrantInnen wurde noch nicht erforscht. Obwohl dies wichtig ist, um schon in jungen Jahren mit der Aufklärungsarbeit zu beginnen und dadurch Stigmatisierung von suizidgefährdeten Personen zu verringern. Eine Veränderung des

Glaubens an genetische Einflussfaktoren von Suizid durch Wissensinterventionen ist möglich (Voracek, Loibl & Sonneck, 2008).

Aufgrund des geringen Anteils der erklärten Varianz bei der Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sollten auch andere Faktoren wie zum Beispiel subjektive Entstehungstheorien von Erkrankungen, Zugang zu psychosozialen Institutionen oder soziale Stigmatisierung psychosozialer Einrichtungen untersucht werden. Faktoren ausfindig zu machen, die diese Bereitschaft fördern, sind vor allem für die Prävention von Suizid wichtig.

Einflussfaktoren von Suizid können nicht allein auf Religiosität, soziale Einstellungen, Health Beliefs oder biologische Faktoren zurückgeführt werden. Wichtige Faktoren sind zum Beispiel noch die Entwicklung des Landes, soziale Verhältnisse und der Ausbau von psychosozialen Netzwerken.

Abschließend ist es von großem Interesse, weitere Länder anhand der verwendeten Variablen zu untersuchen, um interkulturelle Vergleiche zu ermöglichen. Im Falle von interkultureller Forschung wird von Lonner (1980) empfohlen, beim Testen von theoretischen Annahmen stark unterschiedliche Kulturgruppen zu vergleichen. Lonner (1980) folgend könnten Länder mit verschiedenen religiösen Hintergründen wie zum Beispiel Polen (Katholisches Christentum), Russland (Orthodoxes Christentum), Türkei (Islam), Indien (Hinduismus), und Israel (Judentum) mit einander verglichen werden.

Zusammenfassung

In dieser Studie wurden schon gefundene Ergebnisse teilweise repliziert oder auch weiter ausgebaut. Bisherige Ergebnisse zur Stigma-Hypothese (Eskin, 1992) konnten nur teilweise bestätigt werden. Während PolInnen und polnische ImmigrantInnen Suizid nicht akzeptierten, zeigten nur polnische Immigrantinnen mehr Akzeptanz einem suizidgefährdeten Freund gegenüber. PolInnen akzeptierten nicht nur Suizid nicht, sie hatten auch eine ablehnende Haltung gegenüber Suizidgefährdeten Freunden. Weiters verheimlichten PolInnen suizidales Verhalten von Familienmitgliedern. Ihnen missfällt es, wenn ein Freund gesteht, suizidales Verhalten aufzuweisen und Suizid als Lösung zu sehen. Deutlich zum Vorschein kam, dass bei PolInnen und auch bei polnischen ImmigrantInnen der Wunsch groß war, offener in der Gesellschaft über das Thema Suizid zu sprechen.

Religiosität als Schutzfunktion, die zu geringer Akzeptanz von Suizid und zu positiver Akzeptanz von suizidgefährdeten Freunden führt, konnte hier nur bei polnischen ImmigrantInnen bestätigt werden. Bei PolInnen wird gegensätzlich vermutet, dass Religiosität die Stigmatisierung des Suizid und von Suizidgefährdeten fördert und andere Faktoren wie intensivere Hilfestellungen der Familie oder Alkoholkonsum zu niedrigeren Suizidraten führen.

Ergebnisse der Ursachenzuschreibung von Suizid zeigten, dass PolInnen und polnische ImmigrantInnen am wenigsten an interpsychische Ursachen von Suizid glauben. PolInnen glaubten an soziale Ursachen von Suizid. Der Glauben an genetische Faktoren des Suizids war bei PolInnen und polnische ImmigrantInnen am geringsten ausgeprägt.

PolInnen hatten die geringste Bereitschaft professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Effekte der Religiosität gab es nicht. Die Bildung und das Geschlechts hatte bei den PolInnen Einfluss. Bei den ÖsterreicherInnen war Bildung der einzige Prädiktor.

Literaturverzeichnis

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2001). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen: Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „System of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 306-313.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Dean, Y. Z., & Eltaiba, N. (2004). Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 102-114.
- Ang, R. P., Lau, S., Tan, A. G., & Lim, K. M. (2007). Refining the Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale: Factorial invariance across two Asian samples. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 40, 130-141.
- Baider, L., Holland, J. C., Russak, S. M. & Kaplan-DeNour, A. (2001). The System of Belief Inventory (SBI-15R): A validation study in Israel. *Psycho-Oncology*, 10, 534-540.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 11, 336-351.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Handbuch Alkohol-Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011*. Verfügbar unter <http://www.api.or.at/sp/download/hbaoeband1.pdf>

- Bundesministerium für Inneres. (2011). *Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2011*. Verfügbar unter http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Service/STS/Web_Jahrbuch_72dpi.pdf
- Cavalli-Sforza, L. L., Menozzi, P., & Piazza, A. (1994). *The history and geography of human genes*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, D. E., Protinsky, H. O., & Cross, L. H. (1992). An empirical investigation of adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 27, 813-818.
- Deane, F. P., & Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 45-59.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Elhai, J. D., Schweinle, W., Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Erdfelder, E., Faul, F., Buchner, A., & Cüpper, L. (2010). Effektgröße und Teststärke. In H. Holling & B. Schmitz (Hrsg.), *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation* (S. 358-369). Göttingen: Hogrefe.
- Eskin, M. (1992). Opinion about and reactions to suicide, and the social acceptance of a suicidal classmate among Turkish high school students. *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 280-286.
- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 492-497.

- Eskin, M. (1995). Adolescent's attitudes toward suicide and a suicidal peer: A comparison between Swedish and Turkish high school students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 201-207.
- Eskin, M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 536-542.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S. & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 813-823.
- Etzersdorfer, E., Vijayakumar, L., Schony, W., Grausgruber, A., & Sonneck, G. (1998). Attitudes towards suicide among medical students: Comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 104-110.
- Erzdiözese Wien. (2012). *Informationen und Ratschläge für Begräbnisbestellter*.
http://www.erzdioezese-wien.at/edw/dokumente/begraebnis_infos.pdf
- Fassmann, H., Kohlbacher, J., & Reeger, U. (1995). *Die „neue Zuwanderung“ aus Ostmitteleuropa: Eine empirische Analyse am Beispiel der Polen in Österreich*. Wien: Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.

- Fung, K., & Wong, Y. L. R. (2007). Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 216-231.
- Glinkowski, G., & Sobczak, A. (2002). *Pogrzeb chrześcijański - obowiązujące normy postępowania*. Verfügbar unter <http://www.archpoznan.org.pl/serwis/artykuly/2002/1/pogrzeb.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2011). *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2009)*. Verfügbar unter http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_wz_dochody_i_warunki_zycia-rap_2009.pdf
- Höchtel, J. (2009). *Missionsland Österreich oder wie katholisch ist Österreich?* Verfügbar unter http://www.clunia.at/archiv/archiv.doc.0910/Hoechtel_Missionsland_Oesterreich09.pdf
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Maider, L. & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460–469.
- Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Fox, B. & Baider, L. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14-26.
- Imas International Report. (2010). *10 Gebote widerstehen Kirchenkrise*. Verfügbar unter <http://www.meinkirchenaustritt.at/wp-content/uploads/2010/03/05-2010.pdf>
- Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego. (2010). *Dominicantes 1992-2010 – wykresy*. Verfügbar unter <http://iskk.pl/kosciolnaswiecie/75-dominicantes.html>
- Kaminetzky, G., & Stricker, G. (2000). Does religiosity predict attitudes toward Psychotherapy? *Journal of Psychology and Judaism*, 24, 251-260.

- Katholische Kirche in Österreich. (2010). *Kirchliche Statistik der Diözesen Österreichs (Katholiken, Pastoraldaten) für das Jahr 2010*. Verfügbar unter <http://www.katholisch.at/content/site/kirche/kircheinoesterreich/statistik/article/k107.html>
- Kim, B. S. K., & Abreu, J. M. (2001). Acculturation measurement: Theory, current instruments, and future directions. In J. G. Ponterro, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 394-424). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kölves, K., Tran, U. S., & Voracek, M. (2007). Knowledge about suicide and local suicide prevalence: Comparison of Estonia and Austria. *Perceptual and Motor Skills*, 105, 3-7.
- Korcelli, P. (1996). Die polnische Auswanderung seit 1945. In H. Fassmann, R. Münz (Hg.), *Migration in Europa* (S. 247). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Lesch, O. M. (1985). *Chronischer Alkoholismus, Typen und ihr Verlauf: Eine Langzeitstudie*. Stuttgart: Thieme.
- Lester, D., & Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide. *Journal of Social Psychology*, 132, 679-680.
- Levin, J. S., & Taylor, R. J. (1997). Age differences in patterns and correlates of the frequency of Prayer. *Gerontologist*, 37, 75-88.
- Likert, R. (1931). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22, 1-55.
- Loibl, L. M., Tran, U. S., Hierner, A., & Voracek, M. (2008). Lay theories of suicide: Test-retest reliability and further validation of Lester and Bean's Attribution of Causes to Suicide Scale. *Psychiatria Danubia*, 20, 26-30.

- Loibl, L. M., & Voracek, M. (2007). Psychometric properties and correlates of the Lester-Bean Attribution of Causes to Suicide Scale (German Form). *Psychological Reports*, 101, 47-52.
- Lonner, W. (1980). The search for psychological universals. In: H. C. Triandis & W. W. Lampert (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 1, pp. 143-204). Boston : Allyn & Bacon.
- Mann J. J., Huang Y. Y., Underwood M. D., Kassir S. A., Oppenheim S., Kelly T. M., Dwork A. J., & Arango V. (2000). A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Archives of General Psychiatry*, 57, 729-738.
- Menozzi, P., Piazza, A., & Cavalli-Sforza, L. (1978). Synthetic maps of human gene frequencies in Europeans. *Science*, 201, 786-792.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., & Lewis, G. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicides rates: An ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological Medicine*, 27, 1165-1171.
- Pelinka, A. (2006). *Demokratie und Menschenrechte als Fundamente Europas: Chancen und Grenzen des Dialogs mit dem Islam*. Verfügbar unter www.weltethos.at/pdf/11.doc
- Pescosolido, B. (1990). The social context of religious integration and suicide: Pursuing the network explanation. *The Sociological Quarterly*, 31, 337-357.
- Peugh, J. L., & Enders, C. K. (2004). Missing data in educational research: A review of reporting practices and suggestions for improvement. *Review of Educational Research*, 74, 525-556.
- Polen Analysen. (2007). *Religiosität in Polen im europäischen Kontext*. Verfügbar unter <http://www.laender-analysen.de/polen/pdf/PolenAnalysen22.pdf>

- Schmidt, F. L. & Hunter, J. E. (1997). Eight common but false objections to the discontinuation of significance testing in the analysis of research data. In L. L. Harlow, S. A. Mulaik & J. H. Steiger (Eds.), *What if there were no significance tests?* (pp. 37-64). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 245-250.
- Sheik, S., & Furnham, A (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 326-334.
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature, Part II : Modernisation and social integration perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 163-176.
- Stack, S., & Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 168-170.
- Statistik Austria (2012). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2012*. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/services/stat_jahrbuch/index.html
- Statystyka policja. (2010). *Suizidraten in Polen*. Verfügbar unter <http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/Samobojstwa.html>
- Takamura, S., Oshima, I., Yoshida, k., & Motonaga, T. (2008). Factors related to attitudes toward seeking professional psychological help among Japanese Junior high and high school students. *Yonago Acta Medica*, 51, 39-47.

- Turecki, G., Zhu, Z., Tzenova, J., Lesage, A., Séguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., Alda, M., Joobar, R., Benkelfat, C., & Rouleau, G. A. (2001). TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry*, 6, 98-102.
- Voracek, M., Egle, J., Schleicher, S., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007a). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Further results on demographic correlates, dimensionality, reliability and validity. *Omega: Journal of Death and Dying*, 55, 79-297.
- Voracek, M., Fisher, M. L., Loibl, L. M., Tan, H., & Sonneck, G. (2008a). Beliefs about the genetics of suicide in Canadian students: Cross-language validation of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 271-278.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Dervic, K., Kapusta, N. D., Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2009). Consistency of immigrant suicide rates in Austria with country-of-birth suicide rates: A role for genetic risk factors for suicide? *Psychiatry Research*, 170, 286-289.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Egle, J., & Schleicher, S., & Sonneck, G. (2007b). Correlates, item-sequence invariance, and test-retest reliability of the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychological Reports*, 101, 1107-1117.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Kandrychyn, S. (2007). Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: Replication and refinement with regional suicide data from Eastern Europe. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 985-994.
- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2007c). Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale: Development, reliability, stability, and convergent and discriminant validity. *Psychological Reports*, 101, 107-116.

- Voracek, M., Loibl, L. M., & Sonneck, G. (2008b). The malleability of beliefs in the genetics of suicide: An intervention study with the Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS). *Psychiatria Danubina*, 20, 16-25.
- Voracek, M., Loibl, L. M., Swami, V., Vintila, M., Kőlves, K., Sinniah, D., Pillai, S. K., Ponnusamy, S., Sonneck, G., Furnham, A., & Lester, D. (2008c). The Beliefs in the Inheritance of Risk Factors for Suicide Scale (BIRFSS): Cross-cultural validation in Estonia, Malaysia, Romania, the United Kingdom, and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 688-698.
- Voracek, M., & Sonneck, G. (2006). Medical and psychology students' disbelief in the inheritance of risk factors for suicide. *Psychological Reports*, 99, 599-602.
- Voracek, M., Vintila, M., & Muranyi, D. (2007). A further test of the Finno-Ugrian suicide hypothesis: County suicides rates in Romania correspond to the population proportion of ethnic Hungarians. *Perceptual and Motor Skills*, 105, 1209-1222.
- Walker, R. L., Lester, D. & Joe, S. (2006). Lay theories of suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among African Americans and European Americans. *Journal of Black Psychology*, 32, 320-334.
- World Health Organisation. (2008). *Suizidraten in Österreich*. Verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/media/austria.pdf
- World Health Organisation. (2006). *Suizidraten in Polen*. Verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/media/pola.pdf
- World Health Organisation. (2004). *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*. Verfügbar unter http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/poland.pdf

Eidesstattliche Erklärung

Ich bestätige, die vorliegende Diplomarbeit selbst und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen verfasst zu haben. Weiters ist dies die erste dieser Art und liegt nicht in ähnlicher oder gleicher Form bei anderen Prüfungsstellen auf. Alle Inhalte, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind mit der jeweiligen Quelle gekennzeichnet.

Karin Kadluczka

Wien, 10.03.2012

Curriculum vitae

Name: Karin Kadluczka

Geburtsdatum: 31.03.1984

Geburtsort: Wien

Staatsbürgerschaft: AT

Familienstand: Ledig

Schulischer Werdegang

1994-2002 Bundesrealgymnasium BRG21 Wien

2002-2005 Wirtschaftsuniversität Wien

Seit 2005 Psychologiestudium an der Universität Wien

Berufserfahrung

2010 6-wöchiges Praktikum für Psychologie bei HILL WOLTRON, Wien.

2010 3-monatiges Praktikum im Krankenhaus Hietzing, Wien.

2011 2-monatiges Praktikum im Sozialmedizinischen Zentrum Ost, Wien.